



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Inspecteur de l'action sanitaire et sociale**

**Promotion 2002-2003**

---

**LES RELATIONS ENTRE LES  
ENTREPRISES DE TRANSPORTS  
SANITAIRES PRIVÉES ET LES  
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ  
DANS LE PAS DE CALAIS**

---

**Laetitia DULION**

---

# Remerciements

---

*Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire et qui m'ont permis de découvrir le secteur des transports sanitaires et des établissements de santé.*

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>4</b>
<b>1 LE TRANSPORT SANITAIRE, UNE ACTIVITÉ RÉGLEMENTÉE SOUS TUTELLE DE LA DDASS .....</b>	<b>7</b>
1.1 RÉGLEMENTATION RELATIVE AUX VÉHICULES AFFECTÉS AUX TRANSPORTS SANITAIRES TERRESTRES.....	7
1.1.1 <i>Les catégories de véhicules.....</i>	7
A) Les véhicules médicalisés .....	7
B) Les véhicules non médicalisés .....	8
1.1.2 <i>La réglementation relative à chaque catégorie de véhicule .....</i>	10
A) Aspect extérieur des véhicules affectés aux transports sanitaires des catégories A, C et D.....	10
B) Le matériel embarqué.....	11
1.1.3 <i>L'équipage.....</i>	12
A) Les catégories de personnels .....	13
B) Développement sur la profession d'ambulancier, catégorie I.....	14
1.2 LA STRUCTURE D'EXERCICE.....	17
1.2.1 <i>Les conditions tenant au local.....</i>	19
1.3 LA TUTELLE DE LA DDASS.....	20
1.3.1 <i>L'exercice de la profession et la tutelle.....</i>	20
A) La délivrance de l'agrément .....	20
B) L'autorisation de mise en service des véhicules .....	22
1.3.2 <i>Le suivi de la profession.....</i>	24
A) Le sous comité des transports sanitaires .....	24
B) Le suivi de la profession .....	25
1.3.3 <i>La garde départementale, autre lien entre les entreprises de transport sanitaires privées et les ambulanciers.....</i>	28
<b>2 LES TRANSPORTS SANITAIRES DANS LE PAS DE CALAIS : DES RELATIONS CONFLICTUELLES ENTRE LES ENTREPRISES DE TRANSPORT ET LES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....</b>	<b>29</b>
2.1 LES RIVALITÉS ISSUES DES TRANSPORTS ENGAGEANT LA RESPONSABILITÉ JURIDIQUE ET FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS HOSPITALIERS.....	30
2.1.1 <i>Les différents types de transport.....</i>	30
A) Le transport provisoire de malades d'un centre hospitalier vers un autre pour des raisons de diagnostics ou de soins, suivi d'un retour vers l'établissement d'origine.....	30
B) Les transferts effectués à l'intérieur d'un même établissement.....	30
2.1.2 <i>Les modalités du transport.....</i>	31
A) L'établissement public peut disposer de son propre service d'ambulances. ....	31
B) Soit l'établissement ne possède pas son propre service ambulancier ou dispose d'un service insuffisant.....	32

2.1.3	<i>Les difficultés</i> .....	33
A)	Les difficultés du point de vue des établissements publics de santé.....	33
B)	Les difficultés vis à vis de l'entreprise de transport sanitaire.....	35
2.2	LES TRANSPORTS EFFECTUÉS HORS DE LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER.....	37
2.2.1	<i>Les différents transports</i> .....	37
A)	L'admission et la sortie.....	37
B)	Le transfert.....	38
2.2.2	<i>les principes applicables</i> .....	38
2.2.3	<i>Le financement des transports hors responsabilité de l'hôpital</i> .....	39
A)	Présentation générale du contexte juridique.....	39
B)	Tarifs applicables pour les transports en ambulances.....	41
C)	Les tarifs provisoires applicables au transport en VSL.....	42
2.2.4	<i>Les difficultés rencontrées lors des transports liés à une hospitalisation non urgente</i> .....	42
A)	Les difficultés inhérentes à la régulation des transports au sein des établissements de santé.....	43
B)	L'absence de lien entre l'accueil et l'infirmier de l'hôpital.....	43
C)	Les difficultés liées à la prescription du type de transport.....	44
<b>3</b>	<b>LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT AU CŒUR DU DISPOSITIF D'AMÉLIORATION DES RELATIONS ENTRE ENTREPRISES DE TRANSPORTS SANITAIRES ET ETABLISSEMENTS DE SANTE</b> .....	<b>45</b>
3.1	LES RÉFLEXIONS ABOUTIES : UN PROCESSUS DE LABELLISATION.....	46
3.1.1	<i>Le contexte réglementaire</i> .....	46
3.1.2	<i>La procédure de certification</i> .....	47
3.1.3	<i>Proposition pour une place de la DDASS dans ce processus</i> .....	47
A)	Rappel du contexte.....	47
B)	Rôle de la DDASS et de l'inspecteur principal participant au sous comité des transports sanitaires.....	48
C)	L'accueil de la labellisation chez les professionnels.....	48
3.2	LES RÉFLEXIONS EN COURS : CIRCULAIRE RELATIVE AUX RELATIONS ENTRE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES AMBULANCIERS PRIVÉS.....	49
3.2.1	<i>Les travaux sur le plan national</i> .....	49
A)	Relevés de main courante des travaux préparatoires.....	49
B)	Le code de bonne conduite.....	50
C)	Les fiches de liaison.....	51
3.2.2	<i>Proposition sur la mise en œuvre sur le plan départemental des réflexions nationales</i> .....	51
A)	Le protocole local relatif à l'ensemble des bonnes pratiques.....	52
B)	Déclinaison du concept de qualité de la chaîne de transport dans le code de bonne conduite.....	53
3.3	LES AUTRES PISTES À ENVISAGER.....	55
3.3.1	<i>L'élaboration d'un schéma en matière d'équipement de transport sanitaire</i> .....	55
3.3.2	<i>Développer le partenariat avec les autres administrations</i> .....	57
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>58</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>59</b>
	<b>Liste des annexes</b> .....	<b>63</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AFPS** : Attestation de Formation aux Premiers Secours

**AMU** : Aide Médicale Urgente

**ASSU** : Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence

**BNS** : Brevet National de Secourisme

**CCA** : Certificat de Capacité d'Ambulancier

**CFAPSE** : Certificat de Formation d'Aptitude aux Premiers Secours en Equipe

**CFAPSR** : Certificat de Formation d'Aptitude aux Premiers Secours Routiers

**CODAMU** : Comité de l'Aide Médicale Urgente

**CSP** : Code de santé Publique

**CSS** : Code de Sécurité Sociale

**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

**FNAP** : Fédération Nationale des Ambulanciers Privés

**SPAP** : Syndicat professionnel des Ambulanciers Privés

**MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique

**MISP** : Médecin Inspecteur de Santé Publique

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SMUR** : Service mobile d'Urgence Réanimation

**VSAB** : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés

**VSL** : Véhicule Sanitaire Léger

# INTRODUCTION

« Dans les années 1950, l'ambulance était une activité souvent parallèle à une autre comme celle du taxi, du matériel médical, mais aussi de cafés bars. Ouverts du petit matin jusqu'à la nuit, l'activité coïncidait avec le logement sur place du cafetier (...) et avec l'esprit de disponibilité. La professionnalisation du métier et des structures ambulancières ont eu raison de cette cohabitation sympathique un peu désuète<sup>1</sup> ».

## **Le choix du thème**

Le transport sanitaire est une activité réglementée dont la délivrance de l'agrément constitue une des missions des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). La formation des élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale est jalonnée de période de stages notamment au sein des services déconcentrés. C'est au cours de l'un d'entre eux au sein de la DDASS du Pas de Calais qu'il m'a été proposé par mon maître de stage, par ailleurs responsable du service des transports sanitaires, de travailler sur ce thème.

## **Le choix du sujet**

Ignorant tout du métier d'ambulancier et de la réglementation relative aux transports sanitaires, l'opportunité m'a été présentée de participer à des inspections inopinées des entreprises du département et d'observer le fonctionnement d'un établissement public de santé pendant quelques jours. Il est apparu d'une part que les entreprises de transports sanitaires privées exprimaient un certain nombre de revendications et n'étaient pas satisfaites de leurs relations avec les établissements de santé et notamment les établissements publics. A l'inverse ces mêmes établissements font part régulièrement de leur mécontentement vis à vis des ambulanciers.

Interrogeant l'inspecteur sur ce qu'il convenait de faire pour remédier à ces difficultés, celui-ci m'a informé qu'il participait depuis le début de l'année 2002 à des groupes de travail au ministère sur l'amélioration des relations entre les entreprises de transports sanitaires et les établissements de santé. Le sujet du mémoire s'est alors imposé de lui-

---

<sup>1</sup> Magazine Turbulances - mars 2003-n°22-"ambulanciers pour la vie..."p.18

même. Il s'agissait alors d'étudier le contenu de ces travaux et d'analyser comment sur le plan local, les solutions retenues allaient pouvoir se décliner.

### **L'intérêt du sujet par rapport aux missions de l'IASS**

C'est à partir des compétences des DDASS que le sujet de ce mémoire va permettre de s'interroger sur les missions de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

L'activité de transport sanitaire est sous tutelle de la DDASS, le préfet est l'autorité qui délivre l'agrément, condition nécessaire pour exercer. Les DDASS doivent organiser le tour de garde des ambulanciers privés.

Les inspecteurs ont compétence pour contrôler et inspecter sur pièces et sur place les entreprises de transports sanitaires sur la réglementation. ambulancier et elles délivrent leur diplôme.

Les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale sont amenés à participer au sous comité des transports sanitaires, organe du CODAMU depuis que les médecins inspecteurs de santé publique se sont vus déchargés de cette mission<sup>2</sup>. De plus les inspecteurs sont formés aux méthodes de planification et de gestion de projet.

Les DRASS, quant à elles sont chargées d'organiser l'examen du Certificat de Capacité d'Ambulancier(CCA).

### **La problématique**

La problématique qui a guidé ce travail est de savoir pourquoi les relations entre les entreprises de transports sanitaires et les établissements publics de santé sont conflictuelles.

En effet, il fut constaté notamment que du côté des entreprises, les délais d'attente dans les hôpitaux sont trop longs, les accès sont mal aménagés, les malades ne sont pas préparés. La conciliation entre l'exercice à but lucratif et une prise en charge de qualité du malade est délicate à mener.

Du côté des établissements publics de santé, les appels d'offres n'obtiennent pas toujours de réponses satisfaisantes.

---

<sup>2</sup> Circulaire DGS/DAGPB/MSD n° 99-339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. Les hôpitaux peuvent connaître quelques difficultés de planification interne sur les horaires d'admission et de sortie. Ou bien encore, les entreprises de transports sanitaires sont mal réparties sur le département pour apporter une réponse optimum aux demandes des établissements de santé.



## METHODOLOGIE

L'étude porte sur les relations entre les entreprises de transports sanitaire privées et les établissements publics de analysées dans le cadre géographique et administratif du département du Pas de Calais.

L'étude ne porte pas sur l'aide médicale urgente. Ce cadre de relations justifie un sujet à lui seul. En effet le transport urgent non programmé répond à une réglementation et à une organisation qui lui est propre. De plus en matière de communication externe, la notion de prompts secours qui y est inhérente est souvent placée au devant de la scène. Ces raisons auxquelles peut être associée l'augmentation de la place des pompiers laissent peu de place pour tous les autres transports qui méritent pourtant que l'on s'y intéresse.

L'étude porte sur les transports terrestres ce qui exclut de fait le transport sanitaire maritime et aérien.

L'étude ne porte pas non plus sur les établissements privés de santé. J'évoquerai deux raisons à cela. La première et principale raison est la procédure d'appel d'offres à laquelle seul le secteur public est soumis. Or, les divers entretiens ont démontré que ce cadre particulier de relations était source de difficultés. Il convenait alors d'axer la réflexion sur le secteur public.

L'autre raison a pour objet d'insister sur la conciliation parfois délicate entre d'une part les intérêts privés (ambulanciers) et d'autre part l'intérêt public(les établissements publics de santé) alors que chacun tente de remplir le même objectif : une prise en charge de qualité du patient.

La méthode de travail adoptée fut la suivante :

Tout à fait profane en la matière, la première étape du travail a donc consisté à recenser et prendre connaissance l'ensemble des textes réglementant les transports sanitaires.

Dans la même démarche d'étude de texte, il s'agissait dans une deuxième étape d'étudier les travaux ministériels axés sur l'amélioration des relations entre les établissements publics de santé et les entreprises de transports sanitaires privées. Toutefois, il est à

noter que les documents dont j'ai pu prendre connaissance porte sur la période de janvier à juillet 2002. Après cette date, l'inspecteur de la DDASS participant et maître de stage s'est retiré des groupes de réflexion. Il ne m'a pas été possible d'avoir accès aux documents ultérieurs malgré réitération de mes demandes auprès du ministère et des professionnels.

Après cette étude de texte, il s'agissait d'adopter une démarche d'étude de terrain. C'est ainsi que des entretiens furent effectués. Les publics interrogés appartenaient à trois catégories de professionnels(hospitaliers, transporteurs sanitaires privés et administratifs).

Une série d'entretiens ont été menés auprès des directeurs d'hôpitaux publics et des responsables des appels d'offres et des transports sanitaires au sein de ces établissements. La période de stage au cours de laquelle les investigations ont été effectuées étant limitée à dix semaines, un principe de réalisme impliquait de cibler les établissements à interroger.

Le critère de sélection des hôpitaux fut sur leur importance et avait pour objectif de déterminer si les difficultés concernaient aussi bien les petits établissements ceux beaucoup plus importants en taille. Ainsi furent choisis deux Centres hospitaliers importants dont l'un siège du SAMU, un centre hospitalier de taille modeste et un hôpital local.

Les objectifs de ces entretiens étaient destinés à infirmer ou à conforter les difficultés recenser lors des groupes de travail ministériel et à identifier des particularités locales. Ces rendez-vous ont eu lieu sur site et ont duré de deux à trois heures.

La deuxième série d'entretiens a été effectuée auprès des représentants transporteurs sanitaires privés. Il fut délibérément choisi, pour limiter et ainsi éviter la dispersion, d'interroger des représentants syndicaux de la profession d'ambulancier représentés dans le Pas de Calais. (Fédération Nationale des Ambulanciers Privés -FNAP, FPAP), par ailleurs chefs d'entreprise. De même que fut interviewé le président et le trésorier de l'Association des Transports Sanitaires Urgents. Ces interviews ont eu lieu à la DDASS du Pas de Calais pour la majorité d'entre eux. Un seul a été effectué au siège d'une entreprise d'une responsable syndicale. Cela m'a permis de me rendre compte du travail annexe au transport ( gestion, organisation, entretien des véhicules...). La durée des échanges s'est étalée sur une demi-journée.

Enfin, les entretiens au sein de la tutelle DDASS ont eu lieu auprès d'un Médecin Inspecteur en chef de santé publique, d'un Inspecteur principal de l'action sanitaire et

sociale, de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale en charge des transports sanitaires et de la secrétaire administrative du service concerné. S'il a été pris rendez-vous avec le Médecin Inspecteur de Santé Publique, les échanges avec les administratifs de la DDASS ont été plutôt informels. Grâce à la disponibilité et la gentillesse de chacun, c'est au fur et à mesure de mes recherches et de mes découvertes que j'allais consulter les personnels afin de leur demander leur avis ou pour avoir quelques éclaircissements sur un point précis.

L'intérêt du mémoire sera donc dans un premier temps de synthétiser la réglementation applicable aux transports sanitaires.

Ensuite seront répertoriés les différents liens, hors Aide Médicale Urgente, associant les entreprises de transports sanitaires et les établissements publics de santé de même que de les conflits inhérents à ces différents liens.

La dernière partie présentera quelques aspects des réflexions nationales et leur déclinaison envisageable au plan départemental. Ce dernier volet est accompagné de repères pour pousser plus loin l'amélioration des relations entre les entreprises de transports sanitaires et les établissements de santé.

# **1 LE TRANSPORT SANITAIRE, UNE ACTIVITE REGLEMENTEE SOUS TUTELLE DE LA DDASS**

La loi du 6 janvier 1986 et ses décrets d'application ont donné un cadre juridique nouveau aux transports sanitaires<sup>3</sup>. Ces dispositions ne se limitent pas aux véhicules mais concernent également le personnel et le local.

## **1.1 Réglementation relative aux véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres**

Il existe quatre catégories de véhicules sanitaires qui peuvent se répartir en deux sous-groupes : les véhicules médicalisés (catégorie A, B et C) et les véhicules non médicalisés (catégorie D). Chacune d'entre elles dispose de son propre dispositif de caractéristiques techniques et le matériel obligatoire à bord<sup>4</sup>.

### **1.1.1 Les catégories de véhicules**

Les catégories de véhicules comprennent à la fois des véhicules médicalisés et des véhicules non médicalisés.

#### **A) Les véhicules médicalisés**

La catégorie A est constituée par les véhicules ambulances appartenant au SAMU-SMUR ainsi qu'aux véhicules catégorisés Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence (ASSU) des entreprises de transports sanitaires. Affectée uniquement à l'Aide Médicale Urgente, l'ASSU doit assurer un transport en position allongée et le patient doit être installé de telle manière que l'équipage puisse effectuer des soins d'urgence nécessités par l'état du patient.

---

<sup>3</sup> Circulaire DGS/3<sup>E</sup>/375 du 15 avril 1988 relative à l'Aide Médicale Urgente et aux Transports Sanitaires.

<sup>4</sup> arrêté du 20 mars 1990 fixant les conditions exigées aux véhicules et aux installations matérielles affectées aux transports sanitaires.

La catégorie B correspond aux Véhicules de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés(VSAB) des sapeurs pompiers. Ces personnels et véhicules relèvent du ministre de l'Intérieur qui fixe par arrêté les normes minimales relatives à cette catégorie.

La catégorie C, «les ambulances », est réservée au transport sanitaire d'un patient unique. Les transports simultanés ne sont autorisés que pour une mère et son nouveau-né, ou pour les nouveau-nés d'une même fratrie.

Outre l'impossibilité pour ces véhicules de participer à l'Aide médicale Urgente, les différences les plus prégnantes par rapport aux véhicules de catégorie A se situent au niveau de la cellule sanitaire du véhicule.

Les ASSU, catégorie A, doivent disposer d'une cellule suffisamment vaste pour qu'un adulte se tienne debout. Il doit être possible de circuler des deux côtés du brancard et à la tête du patient afin de permettre la pratique des gestes de réanimation respiratoire. Allant plus loin dans l'équipement de base, un responsable de transport sanitaire rencontré considère les ASSU dont il dispose comme presque l'équivalent d'un bloc opératoire.

Quant à la cellule sanitaire des ambulances, catégorie C, celle-ci doit être suffisamment vaste pour qu'un accompagnateur, dont le siège est prévu, puisse se tenir assis à côté du patient de façon à assurer sa surveillance durant le transport. Donc ces deux véhicules se distinguent par la possibilité pour l'un d'effectuer des soins et pour l'autre d'accomplir une fonction de surveillance du transporté.

#### B) Les véhicules non médicalisés

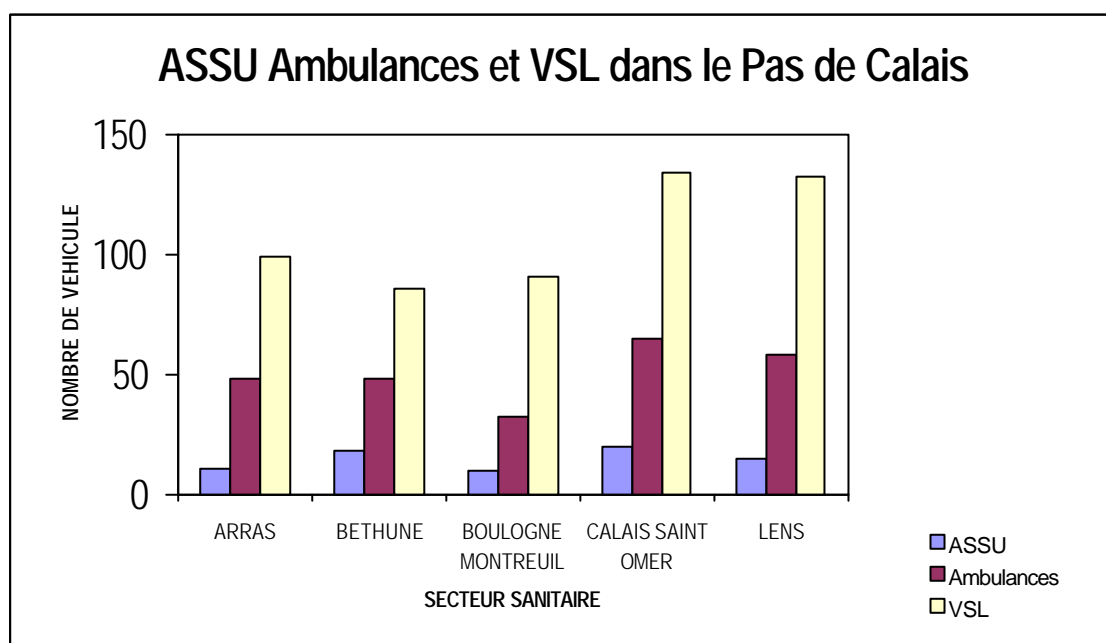
Il n'existe qu'une seule catégorie de véhicule non médicalisé : les Véhicules Sanitaires Légers »(cat. D). Le VSL est exclusivement réservé au transport sanitaire de trois malades au maximum en position assise.

La présentation des différentes catégories de véhicules étant achevée, elle peut servir de base à une description du parc de véhicules sanitaires dans le Pas de Calais. Cette description prend la forme de tableau et de graphique. La circonscription géographique choisie fut celle du secteur sanitaire.

## Bilan quantitatif de l'équipement du Pas de Calais au 01/03/2003

SECTEUR SANITAIRE	CAT A	CAT C	VSL	TOTAL
ARRAS	11	48	99	158
BETHUNE	18	48	86	152
BOULOGNE MONTREUIL	10	32	91	133
CALAIS SAINT OMER	20	65	134	219
LENS	15	58	132	205
TOTAL	74	251	542	867

Source : fichier DDASS



Sources : fichiers DDASS

Cette répartition des véhicules par secteur sanitaire peut être comparée à la population de ces mêmes secteurs grâce aux données de l'INSEE issues du recensement de 1999. Cette comparaison aboutit à l'établissement d'un taux d'équipement en véhicules par secteur sanitaire.

## Taux d'équipement de véhicules sanitaires par secteur sanitaire dans le Pas de Calais

SECTEUR SANITAIRE	Taux d'équipement cat. A et C	Taux d'équipement VSL	Taux d'équipement total	Population
ARRAS	0.25	0.42	0.67	234742
BETHUNE	0.25	0.33	0.57	264348
BOULOGNE MONTREUIL	0.15	0.33	0.49	271822
CALAIS SAINT OMER	0.31	0.49	0.81	271256
LENS	0.19	0.35	0.55	375913
TOTAL	0.23	0.38	0.61	1418081

Source : Fichier DDASS et données INSEE issues du recensement de 1999

Il existe donc une disparité dans l'équipement des différents secteurs sanitaires. Boulogne/ Montreuil et Lens apparaissent les moins bien dotés compte tenu du nombre d'habitants.

### 1.1.2 La réglementation relative à chaque catégorie de véhicule

Cette réglementation porte sur l'aspect extérieur et sur le matériel embarqué. Les conditions spécifiques de personnel seront évoquées supra.

- A) Aspect extérieur des véhicules affectés aux transports sanitaires des catégories A, C et D.

Le signe caractérisant les transports sanitaires agréés prend la forme d'une croix régulière à 6 branches, l'une étant placée dans la position verticale s'inscrivant dans un cercle théorique de 0.2 mètre de rayon au minimum, et de 0.25 mètre au maximum. La largeur de chaque branche est moitié de la longueur. La couleur de cet insigne est bleue.

Les véhicules doivent être impérativement de couleur blanche. Des mentions obligatoires sont également prévues par la réglementation concernant le lettrage apposé sur les véhicules(nom commercial, adresse et téléphone...).

Les mentions obligatoires doivent en principe figurer trois fois, mais le nom commercial peut figurer en moindre nombre.

Des mentions complémentaires sont tolérées mais limitées à l'activité du transporteur. Les caractères doivent être inférieurs à la dimension des mentions obligatoires. Ces mentions complémentaires sont au nombre de deux maximums.

## B) Le matériel embarqué

Il existe un matériel commun aux ASSU et aux ambulances.

Chacun des véhicules est doté :

- d'un dispositif mobile d'oxygénothérapie homologué, comprenant au moins deux bouteilles d'oxygène d'un mètre cube normobare chacune, portables, dont l'une au moins, aisément accessible, est munie d'un débitmètre gradué en litres d'oxygène par minute, faisant corps avec un manodétendeur ;
- d'un insufflateur manuel homologué pouvant être utilisé en cas d'urgence
- d'un dispositif mobile d'aspiration de mucosités homologué

En outre, les véhicules de catégorie A doivent comporter plusieurs dispositifs porte-perfusions, d'un lavabo et son réservoir d'alimentation en eau, d'un prééquipement électrique permettant le fonctionnement des appareils nécessaires aux soins de réanimation et d'un prééquipement pour le matériel de radiocommunication.

Quant aux ambulances, un seul dispositif permettant de recevoir un flacon de perfusion de 0.5 litre est requis.

Le nécessaire de secourisme d'urgence est commun aux trois catégories de véhicules étudiées sauf pour le matériel d'immobilisation qui n'est pas obligatoire pour les VSL. Ce nécessaire se décompose en trois catégories de matériel :



- les pansements et protection : pansements, compresses, draps et champs stériles, gants, solution antiseptique, Clamp de Barr, couverture isotherme. Tous ces éléments sont repris dans l'arrêté du 20 mars 1990 précité qui précise également leur quantité et leur type. Ex : 2 rouleaux de ruban adhésif parapharmaceutique de 2 centimètres de large.

En ce qui concerne le clamp de Barr, sur suggestion du SAMU, la DDASS recommande vivement aux ambulanciers d'équiper leurs véhicules de deux clamps au lieu d'un imposé par la réglementation. Cette recommandation a reçu un accueil partagé des professionnels. Les motifs de cette réticence tiennent au fait que les ambulanciers ne sont pas habilités à clamer un cordon ombilical d'où absence de nécessité d'engager des frais supplémentaires. On a donc un écart entre la réglementation et la pratique.

- le matériel d'immobilisation comprend des attelles pour membres inférieurs et supérieurs et des colliers cervicaux antiflexion de trois tailles différentes.
- La troisième catégorie de matériel est qualifiée de divers. Y sont regroupés une paire de ciseaux universels bouts mousse ; une pince à écharde, une canule oropharyngée, canule de bouche à bouche, rasoir de sûreté, sucre en morceaux, stylo et carnet, sacs poubelle de 10 litres, bassin, urinal.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, des études sont menées régulièrement en partenariat avec le SAMU pour actualiser le contenu de ces véhicules en fonction de l'évolution des progrès techniques. Les nouvelles recommandations sont présentées régulièrement lors des sous comité des transports sanitaires.

### **1.1.3 L'équipage**

Le décret du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres mentionne les personnes composant les équipages des véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire terrestre.

A) Les catégories de personnels

Il existe trois catégories de personnels dans le secteur privé :

a) *le conducteur ambulancier , catégorie 4*

Il doit être titulaire du permis de conduire B depuis plus de deux ans, validé pour la conduite ambulance. La validation s'effectue par une visite médicale de l'aptitude physique chez un médecin agréé. Une attestation est alors délivrée par le Préfet : attestation dite «R 127 » en référence à l'ancien article du Code de la Route qui conditionnait son obtention à l'accord d'une commission médicale. Cet article est aujourd'hui remplacé par l'article R 221-10 du Code de la Route. Il est à noter que la Préfecture du Pas de Calais utilise encore actuellement les anciens formulaires.

Le conducteur doit également être à jour des vaccins contre la tuberculose, le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite et l'hépatite B.

Le conducteur ambulancier est le second membre de l'équipage de l'ambulance.

b) *Le conducteur ambulancier de catégorie 3*

En plus des conditions liées au permis de conduire et à la vaccination, il doit posséder le Brevet National de Secourisme (BNS), ou l'Attestation de Formation aux Premiers Secours (AFPS) ou la carte d'auxiliaire sanitaire (médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes et infirmiers). La personne de catégorie 3 peut conduire les VSL ou être le second membre de l'équipage d'une ambulance.

c) *La catégorie 1*

Cette catégorie définit les titulaires du Certificat de Capacité d'Ambulancier (CCA). Il est obligatoirement présent sans l'équipage de l'ambulance et peut conduire un VSL. Les titulaires sont soumis aux mêmes conditions de Permis de conduire et de vaccinations que les autres catégories.

Nous souhaitons à ce propos relever une difficulté rencontrée par les chefs d'entreprises qui souhaitent recruter les jeunes titulaires du CCA.

La réglementation impose pour exercer, l'obtention du permis B depuis plus de deux ans, or certains candidats se présentent aux centres de formation bien avant ces deux ans. En effet, les conditions d'admission renseignées par la DRASS sont d'avoir 18 ans révolus à la date du début des études et être titulaire du permis de conduire. En sachant que dans le Pas de Calais, la formation dure trois mois(contre 1 an dans le Nord), un délai de carence sans pouvoir travailler devra être supporté par les jeunes ambulanciers.

Une condition supplémentaire interdisant la présentation à l'examen de personne dont le permis de conduire a été obtenu depuis moins de deux ans devrait être posée.

Pour information, nous signalons que la catégorie 2 vise les sapeurs – pompiers en exercice dans les services publics d'incendie et de secours titulaire de la trilogie secouriste (Attestation de Formation aux Premiers Secours –AFPS-, Certificat de formation à l'Aptitude des Premiers Secours en Equipe -CFAPSE, Certificat de Formation à l'Aptitude des Premiers Secours Routiers - CFAPSR).

Les ambulanciers peuvent aussi relever de la Fonction Publique Hospitalière, ils sont alors recrutés directement par les établissements de santé, sur la base d'un concours sur titres.

## B) Développement sur la profession d'ambulancier, catégorie 1

### a) *La formation*

Le certificat de capacité d'ambulancier est un titre délivré par le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales après enseignement dans un centre agréé, et examen organisé par la DRASS.

Cet enseignement comporte une partie théorique et pratique, réparties en cinq modules d'enseignement.

L'enseignement théorique de 160 heures comprend trois modules.

Le module « santé » dispense des notions d'hygiène générale, des gestes de première urgence, de prise en charge des personnes âgées et handicapées dépendantes.

Le module « techniques » forme au relevage, à la manutention, au brancardage, à l'ergonomie, aux techniques et à l'équipement des véhicules de transports sanitaires, aux transmissions et aux communications.

Le module « aspects juridiques et déontologiques » enseigne la déontologie, les aspects réglementaires et administratifs de la profession, la gestion et l'économie.

L'enseignement pratique consiste en un stage hospitalier et en stage chez un transporteur sanitaire agréé. L'habilitation de tous les terrains de stage situés au sein d'une région est délivrée, sur proposition des centres de formation, par le Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale, après avis du Médecin Inspecteur Régional.

Les sessions d'examen sont organisées sur l'initiative du Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale du centre de formation au moins une fois par an.

Le jury de l'examen est désigné par le Préfet de Région sur propositions du DRASS, après avis du médecin Inspecteur régional de la Santé qui le préside. Depuis l'arrêté du 19 juin 2000 modifiant l'arrêté du 21 mars 1989 relatif à l'enseignement, aux épreuves et à la délivrance du certificat de capacité d'ambulancier, la présidence des jurys de l'examen est confiée au directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou à son représentant.

Pour pallier les besoins de recrutement de personnels titulaires du CCA suite à la mise en place de la réduction du temps de travail, un dispositif exceptionnel et transitoire a été mis en place. Ce dispositif concerne les personnes qui exercent l'activité de transport sanitaire et les salariés des entreprises de transports sanitaires. Les conditions d'accès et les sessions de formation ont été aménagées afin que ces personnes puissent se présenter à l'examen du CCA.

#### *b) Les différents aspects du métier*

Dans le Pas de Calais, il n'existe qu'une seule école agréée, il s'agit de l'École Supérieure des Métiers à Arras. Cette école a défini un certains de critères de sélection et présente la profession de manière à ne sélectionner que les candidats réellement motivés et n'ayant pas une fausse idée de la profession.

Sont recherchés des candidats qui désirent communiquer, qui ont conscience qu'ils travailleront beaucoup en gériatrie et qui ne sont pas découragés par les tâches annexes telles que l'entretien et la laverie des véhicules et les tâches administratives.

Les futurs candidats doivent avoir conscience que c'est un métier qui demande un minimum de force physique, de la disponibilité, une bonne présentation générale, un minimum de sang-froid.

### **L'aspect technique du métier**

L'ambulancier doit connaître et savoir utiliser le matériel sanitaire disponible dans une ambulance (brancard, oxygénothérapie, trousse de secours...) ; il doit connaître les règles d'hygiène (du personnel, du véhicule, du matériel sanitaire) ; il doit adapter la manutention et l'installation du malade en fonction du cas particulier et d'instructions précises, s'il prend des responsabilités seul il doit aussi savoir travailler en équipe. Il doit être capable d'effectuer une surveillance constante et efficace des malades, blessés et parturientes et réaliser les premiers gestes d'urgence le cas échéant. Chaque jour avant le premier transport il doit participer à la vérification de son véhicule. Le véhicule et la cellule sanitaire sont maintenus en parfait état de propreté, les règles d'hygiène doivent être respectées et l'ambulancier doit être capable de prendre les mesures qui s'imposent pendant et après le transport d'un contagieux. Une partie du temps de travail d'un ambulancier est consacré au lavage et à l'entretien de ses véhicules. L'ambulancier doit également maîtriser la topographie.

Cette description de l'aspect technique de la profession d'ambulancier ne manque pas de susciter quelques réflexions. Le maintien en parfait état de propreté de la cellule sanitaire et du véhicule relève plus du bon sens que de la réglementation. En effet, il a pu être constaté lors d'inspections inopinées que la DDASS ne disposait d'aucun pouvoir de sanctions concernant l'état de propreté et de vétusté du véhicule faute de texte. Il est juste fait mention dans le procès verbal que l'état de propreté du véhicule était déplorable et que le brancard était rouillé mais aucune sanction n'a pu être prononcée de ce fait.

De plus, s'il est vivement recommandé de prendre les mesures qui s'imposent en cas de transport d'une personne contagieuse, il n'existe pas de signalétique particulière sur le dossier du patient informant l'ambulancier. La connaissance du caractère contagieux du patient passe par la violation du secret médical.

## **L'aspect administratif**

Cet aspect est assez conséquent et revêt plusieurs volets. L'ambulancier doit connaître les modalités d'entrée et de sortie des hôpitaux, des consultations, il doit maîtriser les règles de prise en charge et de subrogation (Tiers payant) des transports sanitaires; il doit pouvoir renseigner ses patients ; il doit maîtriser la téléphonie et radiotéléphonie ; il peut être associé à la gestion de l'entreprise, du personnel, du parc automobile, du stock du garage et du planning de travail.

## **L'aspect relationnel**

La profession revêt également un aspect relationnel : l'ambulancier doit savoir établir avec le malade, les familles et le personnel médical une bonne relation faite de courtoisie, d'amabilité et de politesse ; il doit faire preuve de discrétion dans ses propos et veiller à respecter le secret professionnel et les règles de déontologie applicables aux transports sanitaires.

### **1.2 La structure d'exercice**

Dans le secteur privé, plusieurs possibilités s'offrent à celui qui veut exercer la profession d'ambulancier.

La réglementation que nous venons de décrire ne permet pas l'exercice de la profession de manière individuelle. En effet, l'ambulancier ne peut obtenir d'agrément uniquement pour la conduite de VSL. Il doit disposer d'au moins une ambulance pour bénéficier d'un agrément. Or l'équipage d'une ambulance est composé a minima de deux personnes.

Dans le Pas de Calais, la majorité des ambulanciers a choisi d'exercer dans le cadre d'une société commerciale. Toutefois, certains exercent quand même sous forme artisanale.

Le point commun de ces deux formes d'exercice est la nécessité de recruter du personnel.

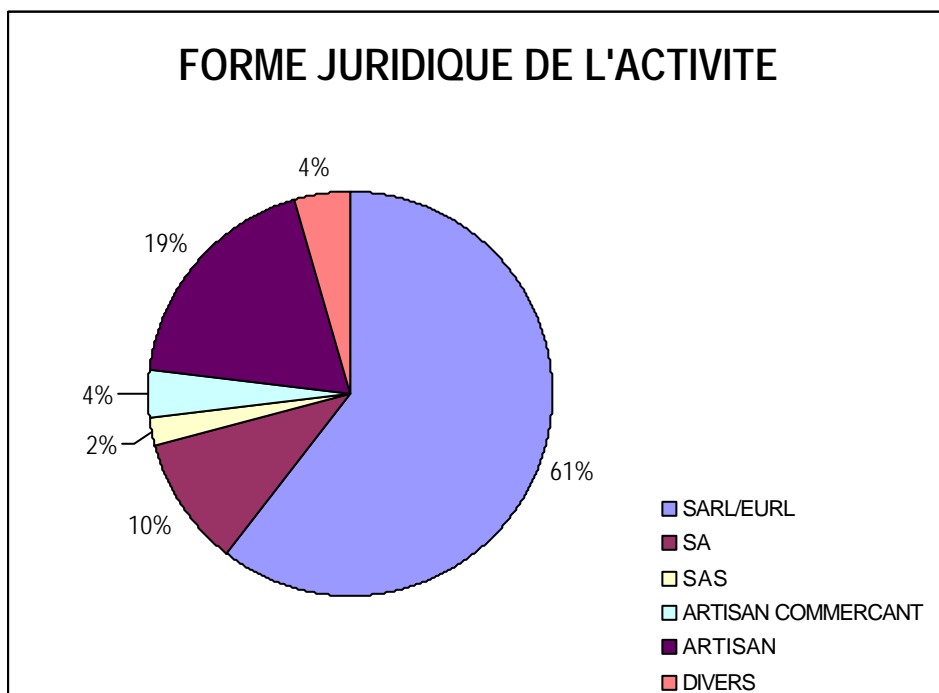
Les conditions de travail des ambulanciers sont alors régies par la convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires de transport en date du 21

décembre 1950, étendue par arrêté du 1<sup>er</sup> février 1955. Les derniers avenants de la convention sont relatifs à l'aménagement et la réduction du temps de travail des personnels des entreprises de transports sanitaires ( accord –cadre du 4 mai 2000).

### Le cadre juridique d'exercice de la profession dans le Pas de Calais

	SARL/ EURL	SA	SAS	ARTISAN COMMER- CANT	ARTISAN	DIVERS	TOTAL
<b>SIMPLE</b>	76						76
<b>SIEGE</b>	13	4	3				20
<b>ETABLISSEMENTS</b>	19	14	1				34
<b>NOMBRE D'IMPLANTATION</b>	108	18	4	7	33	8	178
<b>%</b>	60,67	10,11	2,25	3,93	18,54	4,49	

Sources : croisement liste DDASS, Fichiers de la Chambre des Métiers du Pas de Calais et fichiers Registre National du Commerce et des Sociétés.



NB : - La rubrique « DIVERS » regroupe 4 Centre Hospitaliers titulaires d'un agrément pour effectuer des Transports Sanitaires, 3 Délégations de la Croix Rouge ( structure associative) et une Société de Secours Minière.

- SARL : Société à Responsabilité Limitée
- EURL : Entreprise Unipersonnelle à Responsabilité Limitée
- SA : Société Anonyme
- SAS : Société par Actions Simplifiées

L'exercice sous la forme commerciale l'emporte avec plus de 77 % sont 70% au sein d'une société.

La majorité des ambulanciers ont opté pour la forme juridique de la Société à Responsabilité Limitée, deux personnes ayant opté pour l'Entreprise Unipersonnelle à responsabilité limitée.

Ainsi c'est la forme de société de personnes qui est privilégiée aux sociétés de capitaux selon la summa divisio du droit commercial.

La DDASS évalue à environ 1200 le nombre de personnes salariées dans les entreprises de Transports Sanitaires du Pas de Calais.

### **1.2.1 Les conditions tenant au local**

Les implantations choisies font également l'objet d'une réglementation.

Les installations matérielles doivent comprendre au moins deux locaux distincts :

- Un local destiné à l'accueil des patients ou de leur famille et signalé extérieurement par une plaque ou une enseigne. Ce local est accessible aux personnes à mobilité réduite, il est doté d'une installation téléphonique qui permet, en dehors de la garde, d'indiquer le service ambulancier de permanence, ou d'y renvoyer.
  
- un ou plusieurs garages, situés dans la commune ou l'agglomération, permettant d'assurer le lavage, la désinfection et l'entretien courant des véhicules, ainsi que la maintenance du matériel.

Si le garage n'est pas contigu au local d'accueil des demandeurs, il doit être doté d'une liaison téléphonique ou radio téléphonique avec celui-ci, de façon à permettre le départ immédiat des véhicules lorsqu'ils s'y stationnent.



### **1.3 La tutelle de la DDASS**

La tutelle de la DDASS s'impose au niveau des conditions d'exercice de l'activité de transport sanitaire et au niveau du suivi des professionnels.

#### **1.3.1 L'exercice de la profession et la tutelle**

L'intervention de la DDASS s'effectue au niveau de l'agrément préalable pour effectuer des transports sanitaires en vertu du décret 87-965 du 30 novembre 1987. La compétence du service déconcentré s'opère également en matière d'autorisation préalable pour la mise en service des véhicules affectés au transport sanitaire terrestre hors le cadre de l'Aide Médicale Urgente en vertu du décret 95-1093 du 5 octobre 1995.

##### A) La délivrance de l'agrément

L'activité de transport sanitaire est une activité réglementée nécessitant un agrément du préfet et délivré par la DDASS.

L'article L 6312-2 du Code de Santé publique dispose que toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par l'autorité administrative.

L'agrément est délivré par le Préfet du Département d'implantation de l'activité, après avis du Sous-Comité des Transports sanitaires.

##### a) *Le dossier d'agrément*

Le dossier d'agrément est à retirer auprès du service des transports sanitaires au sein du pôle Ressources Logistique et Communication de la DDASS du Pas de Calais. Le dossier n'est pas accepté s'il n'est pas complet et doit être déposé un mois avant la date prévue de la réunion du sous-comité des Transports sanitaires.

L'agrément est délivré soit pour l'accomplissement des transports sanitaires effectués dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente et des Transports sanitaires de malades, blessés ou parturientes effectués sur prescription médicale, soit pour la première catégorie seulement.

Le dossier comprend des renseignements concernant le demandeur ( nom, adresse, nom commercial, adresse du lieu d'implantation de l'activité, numéro de téléphone). Les pièces à joindre sont un extrait du casier judiciaire de la personne responsable, un exemplaire des statuts s'il s'agit d'une association ou d'une société, un courrier d'un organisme officiel attestant qu'il n'existe aucune opposition à la cession de l'entreprise.

Le dossier comprend également des renseignements sur le local d'accueil, le garage et un plan schématique du local et un extrait cadastral doivent être joints.

Une fiche renseigne sur les véhicules. Elle est accompagnée de photocopies de carte grise, du certificat de conformité établi par le fabricant ou le carrossier, l'attestation de la visite technique effectuée par les services des mines, du bail si le véhicule est pris en location, et une attestation relative aux sièges lavables et résistants aux produits désinfectants.

Une fiche est consacrée au personnel appelée à constituer l'équipage des véhicules. Il doit être précisé le temps de travail en transports non sanitaires (taxi, petite remise, transports scolaires, transports de corps à visage découverts). Cela permettra au service de vérifier si l'entreprise dispose de personnel en nombre suffisant pour l'activité qu'elle déclare.

#### *b) L'instruction du dossier*

Lorsque toutes les pièces sont réunies, le dossier est déposé à la DDASS qui l'instruit. Il est procédé au contrôle de conformité entre toutes les informations données par le demandeur de l'agrément et la réglementation en vigueur. Le sous- comité donne ensuite son avis puis le préfet prend un arrêté d'agrément ou de refus d'agrément.

Cependant, l'article 7 du décret 87-964 du 30 novembre 1987 autorise le Préfet à délivrer un agrément provisoire d'urgence, sous réserve de saisir pour avis le sous-comité dans un délai maximum d'un mois après sa décision et avant de se prononcer définitivement. La notion d'urgence est laissée à l'appréciation du préfet. Il peut s'agir de motif sanitaire, économique.

Les services de la DDASS du Pas de Calais utilisent cette liberté offerte par le décret de 1987 pour délivrer un agrément provisoire aux personnes dont le dossier n'est pas complet. Le motif d'urgence invoqué oralement mais non mentionné dans l'arrêté

d'agrément provisoire est la nécessité d'emploi. Le délai de 3 mois de délivrance d'attestation provisoire apparaît alors comme un couperet, si le dossier n'est toujours pas complet au bout des trois mois, l'agrément n'est pas délivré.

## B) L'autorisation de mise en service des véhicules

Nous venons de le signaler, l'agrément comprend des dispositions concernant les véhicules, il s'agit du deuxième volet d'intervention de la tutelle sur les transports sanitaires.

L'article L 6312-4 alinéa 1 du Code de Santé Publique dispose que dans chaque département, la mise en service par les personnes agréées de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres est soumise à autorisation du représentant de l'Etat.

Le dispositif d'autorisation de mise en service des véhicules a été mis en place par la loi 91-1406 du 31 décembre 1991 dans le cadre d'un dispositif global de maîtrise des dépenses de santé en matière de transports sanitaires terrestres.

Ainsi l'article L 6312-4 al2 du Code de Santé Publique dispose qu'aucune autorisation n'est délivrée si le nombre de véhicule déjà en service égale ou excède un nombre fixé en fonction des besoins sanitaires de la population.

L'obligation d'autorisation de mise en service ne concerne pas les véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente. Mais les établissements hospitaliers sont aussi concernés par cette restriction du nombre de VSL et d'ambulances.

Lorsque la demande d'autorisation de mise en service des véhicules est déposée, le préfet dispose d'un mois pour examiner les demandes recevables et délivre après avis du sous-comité des transports sanitaires, les autorisations de mise en service des véhicules. Si le nombre de demandes d'autorisation est inférieur ou égal à celui des autorisations nouvelles susceptibles d'être accordées, le préfet est tenu d'y faire droit.

L'arrêté du 5 octobre 1995 relatif à l'autorisation de mise en service des véhicules affectés aux transports sanitaires précise les modalités de calcul des indices nationaux de besoins de la population exprimés en nombre de véhicules par habitant.

Ainsi pour l'ensemble de la population des communes de 10000 habitants et plus, un véhicule par tranche complète de 5000 habitants est requis. Pour l'ensemble de la population des communes de moins de 10000habitants, un véhicule par tranche complète de 5000 habitants est nécessaire.

Le préfet peut retenir un nombre théorique de véhicule supérieur ou inférieur de 10 % au plus de celui résultant de l'application des indices de besoins afin de prendre en compte les caractéristiques du département.

La particularité du département du Pas de Calais est l'absence de détermination officielle du nombre théorique de véhicule. Le service en charge des transports sanitaires de la DDASS du Pas de Calais, service comprenant un inspecteur de l'action sanitaire et sociale et une secrétaire administrative, a calculé le nombre théorique de véhicules sanitaires en fonction de la population et a appliqué les 10 % en plus autorisé par l'arrêté. Après présentation lors d'un sous-Comité des transports sanitaires où il fut accueilli assez favorablement. La direction de la DDASS n'a pas souhaité présenter l'arrêté fixant le nombre de véhicules théoriques à la signature du préfet en arguant du souci d'éviter tout conflit avec les ambulanciers.

Cela n'empêche pas la DDASS de refuser des mises en service de véhicules pour cause de dépassement de seuil. Il existe donc une potentielle insécurité juridique dans le domaine.

Lorsque l'autorisation est délivrée, celle-ci devient caduque lorsque du fait de son bénéficiaire, la mise en service du véhicule n'est pas intervenue dans un délai de trois mois après l'attribution ou le transfert de l'autorisation ou lorsque du fait de son bénéficiaire, le véhicule est mis hors service pendant plus de trois mois.

L'autorisation est également caduque lorsque après deux examens successifs par le sous-comité des transports sanitaires, les conditions nécessaires à son obtention n'ont pas été remplies.

En ce qui concerne les décisions de délivrance de transfert ou de retrait des autorisations de mise en service, le sous comité n'est pas appelé à se prononcer mais il doit être régulièrement informé.

### 1.3.2 Le suivi de la profession

Avant d'analyser les différentes modalités de suivi de la profession, il convient d'apporter quelques précisions sur le sous-comité des transports sanitaires, déjà évoqué à plusieurs reprises.

#### A) Le sous comité des transports sanitaires

L'article L 6313-1 du code de Santé publique dispose que dans chaque département un Comité de l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires(CODAMU) a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'Aide Médicale Urgente et à son ajustement aux besoins de la population. Il doit s'assurer de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'Aide Médicale Urgente et aux transports sanitaires.

Le CODAMU constitue en son sein un sous-comité médical et un sous-comité des transports sanitaires.

Le sous- comité des transports sanitaires est chargé de donner un avis préalable à la délivrance, à la suspension, au retrait par le préfet du département de l'agrément nécessaire aux transports sanitaires institué à l'article L 6312-2 du Code de Santé Publique.

L'article 15 du décret du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres précise que tout manquement aux obligations de l'agrément est susceptible d'entraîner un retrait temporaire ou illimité de l'agrément. Le sous-comité a donc l'obligation de rendre un avis sur toute procédure disciplinaire engagée contre une entreprise agréée.

Le sous-comité des transports sanitaires est placé sous la présidence de Monsieur le Préfet du Pas de calais. Il comprend des représentants des trois régimes d'Assurance Maladie ( Caisse du régime général d'Assurance Maladie ; un représentant de la MSA, un représentant de la CRAM des professions indépendantes) ; le médecin responsable du SAMU, le Médecin chef du service d'incendie et de secours, le commandant du centre de secours de sapeurs pompiers le plus important du département (en l'espèce le centre de secours principal de Lens) ; les quatre représentants des organisations professionnelles de transports sanitaires (syndicat départemental des ambulanciers privés –SDAP-,

syndicat professionnel des ambulanciers privés –SPAP), le directeur d'un établissement public assurant les transports sanitaires ( centre hospitalier de Boulogne), le représentant de l'ATSU, 2 représentants des collectivités territoriales(Conseil Général, association des maires), un médecin d'exercice libéral, un directeur d'établissement d'hospitalisation privé assurant des transports sanitaires (polyclinique de Riaumont)

## B) Le suivi de la profession

Le suivi de la profession s'effectue par un suivi administratif et également à travers des contrôles

### a) *Le suivi administratif*

Il s'agit d'une mise à jour permanente des dossiers d'agrément. La DDASS doit être informée de chaque changement survenu au sein de l'entreprise : démission, licenciement, accident, nouveau diplômés, vente de véhicule ...

Chaque année, les entreprises doivent communiquer à la DDASS la liste des personnels effectivement employés.

### b) *Les contrôles*

La circulaire du 15 avril 1988 relative à l'Aide Médicale urgente et aux transports sanitaires précise les modalités du contrôle des entreprises de transports agréées.

Le contrôle du respect de l'ensemble des obligations de l'agrément revient aux services de la DDASS, chargés de l'instruction des dossiers d'agrément.

Les contrôles effectués par la DDASS portent sur la réalisation des conditions réglementaires de l'agrément. Ils interviennent à plusieurs stades :

- avant la mise en service des véhicules : à l'occasion de l'instruction du dossier d'agrément ou bien lors d'un remplacement ou de l'achat d'un nouveau véhicule.

- Lors de contrôles inopinés : la DDASS peut à tout moment pendant les heures d'activités du transporteur vérifier les installations matérielles et les documents administratifs nécessaires pour établir la conformité à l'agrément.

Au sein de la DDASS du Pas de Calais, les modalités de contrôle ont connu une certaine évolution.

Le suivi des transports sanitaires a été confié à partir de 2000 à un inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale en binôme avec une secrétaire administrative. Cet inspecteur avait mis en place un plan d'inspections sur trois ans. Ces inspections s'effectuaient sur place dans les entreprises. Un protocole standard listant tous les éléments de la réglementation sur les locaux et sur les véhicules a été mis en place.

Après le départ de l'inspecteur, l'exécution du plan d'inspection a été suspendue. La secrétaire administrative chargée des transports sanitaires a choisi d'effectuer à présent des contrôles inopinés sur la voie publique avec l'appui de la force publique. En effet, les personnels DDASS ne peuvent arrêter eux-mêmes les véhicules qui circulent. Ils doivent être accompagnés d'un agent de la force publique habilité à effectuer des contrôles routiers.

Ces contrôles seront effectués en priorité à la sortie des hôpitaux.

Les contrôles de la DDASS n'excluent pas ceux être effectués par d'autres agents publics.

Le code de la route et le décret du 30 novembre 1987 permettent l'intervention des services de police et de gendarmerie pour le contrôle de l'ensemble des pièces administratives exigées pour la conduite des véhicules.

En tant qu'employeur, les entreprises sont contrôlées également par l'inspection du travail.

Et en tant qu'activité relevant de la sécurité sociale, les ambulanciers relèvent également de la commission départementale de concertation, compétente pour sanctionner le non-respect par l'ambulancier de la convention le liant aux caisses d'assurance maladie.

c) *Les sanctions applicables*

Les ambulanciers ne disposent pas de code de déontologie mais des obligations de cet ordre leur ont été déterminées dans le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987. La circulaire DGS/3<sup>E</sup>/375 du 15 avril 1988 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires en son annexe1 actualisée synthétise les différentes sanctions applicables en fonctions du type de manquement.

Pour une meilleure lisibilité du dispositif nous reprenons les termes de cette circulaire.

**Les sanctions concernant les obligations relatives aux moyens mis en œuvre**

La mise en jeu de la responsabilité pénale vaut pour l'absence d'agrément préalable pour effectuer des transports sanitaires, ou refus de se conformer à un retrait, une suspension d'agrément.

La mise en jeu de l'agrément vaut en cas d'employés n'ayant pas la qualification requise et l'absence d'installations matérielles requises.

La mise en jeu de l'agrément et/ou de la responsabilité pénale vise à sanctionner la non-communication à la DDASS de la liste à jour du personnel ; de ne pas disposer de véhicules conformes ; de ne pas garantir à bord des véhicules les équipages nécessaires ; de ne pas présenter les véhicules au contrôle des services de la DDASS ; de ne pas présenter les véhicules à la visite technique ; de ne pas équiper les ambulances d'avertisseur et feux spéciaux autorisés conformes à un modèle homologué.

**Les sanctions liées à la violation d'obligations d'ordre déontologique et autres**

La mise en jeu de la responsabilité pénale concerne le fait de faire croire faussement à la participation au fonctionnement des SAMU-SMUR.

La mise en jeu de l'agrément vaut en cas de la non-application du principe du libre choix du malade, d'exercice de discrimination entre les malades, liée à l'état de santé, l'âge, le statut social...



La mise en jeu de l'agrément et/ou de la responsabilité pénale vise le non-respect de la participation à la garde départementale ; dans le cadre de cette garde, d'assurer l'écoute, répondre sans délai aux demandes et tenir informé le centre de réception et de régulation des appels du SAMU ; d'observer les tarifs des transports ; ne pas faire croire faussement à la participation au fonctionnement des SAMU –SMUR par l'aspect extérieur des véhicules ; suivre les indications du médecin ; ne pas interrompre le trajet, à moins que cela ne soit justifié par l'état du malade, un incident compromettant le bon déroulement du transport.

### **1.3.3 La garde départementale, autre lien entre les entreprises de transport sanitaires privées et les ambulanciers**

Son organisation est prévue à l'article L 6312-5 du Code de Santé Publique auquel la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2003 a ajouté un alinéa.

Cet article dispose qu'un décret en conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles le représentant de l'État dans le département organise après avis du sous comité des transports sanitaires la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.

Le but de la garde ambulancière est d'assurer une permanence aux jours et heures de fermeture normale des entreprises de transport sanitaire du département.

Elle dépend des moyens de l'entreprise.

La garde prend la forme d'écoute des appels, de réponse sans délai aux demandes de transport sauf impossibilité absolue et l'information du SAMU des débuts et fins de mission.

Le tour de garde est préparé par le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Suite à la mise en place de la réduction du temps de travail dans les entreprises de transports sanitaires, un groupe de travail national a travaillé sur la mise en place de la garde ambulancière.

Les réunions du sous-comité du Pas de Calais ont repris les grandes lignes du projet de circulaire adressé par l'administration centrale pour tenter de mettre en place la garde ambulancière préfectorale. Les travaux sont actuellement en cours.

Les difficultés rencontrées jusqu'à présents portent sur la délimitation des secteurs de garde. Deux possibilités se présentent : soit reprendre les secteurs pompiers soit reprendre les divisions selon le SMUR. Au travers de cette sectorisation, se pose le problème de la fixation du délai d'intervention maximum, il faut trouver la quantité de secteurs qui fera la sécurité du département en prenant en compte le fait que le nombre de fourgons par secteur n'est pas identique.

La participation a la garde ambulancière préfectorale est une obligation pour les entreprises de transports sanitaires agréées. Le refus de la participation à la garde et des obligations qui en découlent est passible d'amendes ou de sanctions administratives telles que le retrait temporaire ou illimité de l'agrément.

Le protocole Aubry sur la réduction du temps de refus a amené certains ambulanciers ont refusé de monter la garde de nuit. Mais aucune sanction administrative n'a suivi, la DDASS ayant opté pour une mise en place concertée de la garde.

## **2 LES TRANSPORTS SANITAIRES DANS LE PAS DE CALAIS : DES RELATIONS CONFLICTUELLES ENTRE LES ENTREPRISES DE TRANSPORT ET LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

Nous souhaitons rappeler à ce stade de notre étude, que nous avons exclu du sujet l'Aide Médicale Urgente. Par conséquent tout ce qui sera évoqué ci-après relève du transport sanitaire programmé.

Le lien qui unit l'établissement public de santé et les entreprises de transport sanitaire est le transport de malade. La circulaire du 15 janvier 1983 relative à l'application aux entreprises de transports sanitaire et aux établissements publics de santé des dispositions des articles L 51-1 à L 51-3 du Code de Santé Publique décrit les différentes catégories de transport sanitaire. Aujourd'hui les articles L 6312-1, L 6312-2 et L 6312-5 du Code de Santé Publique.

Nous proposons donc de reprendre la trame de cette circulaire afin d'éclairer le lecteur sur les liens entre ces deux secteurs d'activités afin de cerner les tensions propres à chaque catégorie de transports.

## **2.1 Les rivalités issues des transports engageant la responsabilité juridique et financière des établissements publics hospitaliers**

Sont visés les transports effectués à la demande de l'établissement et pris en charge financièrement par son budget

### **2.1.1 Les différents types de transport**

Il s'agit du transport provisoire de malades et du transfert intra hospitalier

- A) Le transport provisoire de malades d'un centre hospitalier vers un autre pour des raisons de diagnostics ou de soins, suivi d'un retour vers l'établissement d'origine.

Les hôpitaux du Pas de Calais ne disposent pas tous du matériel ou des compétences nécessaires pour une prise en charge complète de leur patient. Certains examens nécessitent le recours à des structures extérieures à l'hôpital. le déplacement de la personne d'effectuera alors en transport sanitaire.

- B) Les transferts effectués à l'intérieur d'un même établissement.

Les transferts intra hospitaliers concerne le plus souvent l'hypothèse de transport de patients d'un budget annexe délocalisé de l'Hôpital comme les Unités de Soins Longue Durée, des Maisons de Retraite. Les usagers peuvent être amenés à consulter ou à faire des examens médicaux au sein même de l'hôpital de rattachement.

Il peut également s'agir d'une consultation effectuée à l'intérieur même de l'enceinte de l'établissement. Tout dépend de l'architecture de ce dernier et de l'implantation des différentes unités de soins.

A titre d'exemple, le Centre Hospitalier de L. regroupe plusieurs bâtiments, mais tous sont reliés par les couloirs en souterrain. Ce centre hospitalier sera donc plus concerné par du brancardage entre les unités que par un transfert intra hospitalier, propice aux structures pavillonnaires.

En matière de réglementation, il n'est fait aucune distinction entre un transport effectué à l'intérieur d'un établissement et sur la voie publique.

### **2.1.2 Les modalités du transport**

L'établissement de santé peut disposer de son propre équipage et parc de véhicules ou bien il peut faire appel à l'externalisation.

A) L'établissement public peut disposer de son propre service d'ambulances.

Dans le Pas de Calais, quatre établissements sont concernés. Il s'agit du Centre hospitalier d'Arras, du Centre Hospitalier de Béthune, du Centre Hospitalier de Saint-Omer et du Centre Hospitalier psychiatrique de Saint-Venant.

Aucune dérogation relative à l'agrément et à l'autorisation de mise en service des véhicules n'existe pour les établissements publics de santé, ni pour toute autre structure sanitaire.

Chaque établissement souhaitant disposer de son propre parc de véhicules sanitaires terrestres est tenu aux mêmes obligations réglementaires que les entreprises de transport sanitaire privées. Ils sont donc soumis au Code de la Santé Publique et par conséquent à la Loi du 6 janvier 1986 relative à l'Aide Médicale Urgente et aux Transports Sanitaires, de même qu'au décret 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément et au décret 95-1093 du 5 octobre 1995 relatif à l'autorisation de mise en service des véhicules.

Le suivi administratif et les contrôles sont effectués de la même manière par les services de la DDASS que pour les structures privées.

- B) Soit l'établissement ne possède pas son propre service ambulancier ou dispose d'un service insuffisant.

Pour effectuer les transports provisoires de malades ou les transports intra hospitaliers, l'établissement public de santé doit passer convention avec une ou plusieurs entreprises de transports sanitaires agréés en respectant la procédure des marchés publics.

Que ce soit pour la réalisation de travaux, ou bien d'une prestation de services comme le transport de malades, les établissements publics de santé sont tenus de respecter la réglementation des marchés publics pour choisir leur contractant.

Les règles applicables ont été réformées par le décret n° 2001-210 du 7 mars 2001 portant refonte du code des marchés publics et sont actuellement en cours de modification.

Nous retiendrons donc que l'article 2 du Code des Marchés public dans sa rédaction de 2001 dispose que les dispositions du présent code s'appliquent aux marchés conclus par l'État, ses établissements publics autres que ceux ayant un caractère industriel et commercial, les collectivités territoriales et leurs établissements publics. Cet article permet de confirmer que les établissements publics de santé sont régis également par ces textes.

Malgré la réforme en cours, nous pouvons indiquer que la procédure des marchés publics impose de respecter certains principes notamment : la liberté d'accès à la commande publique, l'égalité de traitement des candidats, la transparence des procédures. Ces principes découlent du principe constitutionnel d'égalité face aux charges publiques et le contrôle du bon usage des deniers publics.

L'intérêt de cette procédure pour l'établissement public est de contracter à des tarifs minorés par rapport à une prise en charge classique. Pour les entreprises de transports sanitaires, une clientèle leur est assurée à des conditions qu'elles auront consenties.

L'Inspecteur de l'action sanitaire et sociale n'intervient pas au cours de la mise en œuvre de la procédure des marchés publics. Par contre, par délégation du préfet il est amené à exercer un contrôle de légalité a posteriori.

Le Centre Hospitalier de B. nous a donné accès à la convention signée par son Directeur, personne responsable des marchés, et une entreprise de transport sanitaire.

Ainsi, la convention prévoit pour l'année 2003 que la société X s'engage à assurer l'ensemble des transports des malades hospitalisés au Centre Hospitalier de B. en ambulance pour les malades couchés, en VSL pour les malades assis, sur demande du Centre Hospitalier.

Ne sont pas concernés par la convention, les transports pour admissions et les sorties, les consultants externes réorientés vers un autre établissement, les consultations spécialisées dans un établissement privé et certains transports que l'administration du centre Hospitalier de B. estimera pouvoir assurer avec ses propres véhicules et son personnel.

La facturation se base sur les tarifs fixés par arrêté de Monsieur le Préfet du Pas de Calais mais font l'objet d'une minoration différenciée par rapport à la nature du transport.

Si l'entreprise de transport sanitaire ne respecte pas la convention, c'est l'article 32 CCAG des marchés publics de fournitures courantes et de services qui s'applique. La convention sera résiliée de plein droit et son exécution sera poursuivie aux frais et risques du titulaire. La procédure de l'appel d'offres a donc conduit le centre hospitalier à contracté avec une entreprise implantée dans un département limitrophe mais dont les temps de réaction et les tarifs étaient beaucoup plus performants que les autres réponses reçues.

Dans ces transports, la responsabilité de l'hôpital reste engagée. Il lui appartient d'en garantir la sécurité. Le choix entre les différents types de transport devra être effectué par le médecin chef du service, en fonction de l'état de santé du malade.

### **2.1.3 Les difficultés**

Ces difficultés se doivent d'être recensées tant du point de vue de l'établissement de santé que du point de vue des entreprises de transports sanitaires.

A) Les difficultés du point de vue des établissements publics de santé

a) *Une mise en concurrence difficile*

En matière de transport sanitaire, nous avons pu constater sur le terrain qu'il n'est pas aisé pour l'hôpital de trouver des réponses satisfaisantes aux appels d'offres. Les expériences de deux centres hospitaliers du département peuvent illustrer ces difficultés.

Assurer les transports sanitaires d'un centre hospitalier, ou même d'un hôpital local, nécessite des moyens humains et matériels importants pour les entreprises.

De plus, malgré l'obligation réglementaire de fixer un nombre de véhicule théorique dans le département, les implantations géographiques des entreprises ne sont soumises à aucune condition particulière. Il n'existe pas en matière de transports sanitaires de schéma quantitatif imposant des redéploiements des entreprises en fonction des besoins de secteur comme c'est le cas par exemple du secteur de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées.

La technique de l'appel d'offres avec son principe de mise en concurrence des entreprises privées se trouve donc difficile à mettre en œuvre, car une entreprise qui souhaite répondre aux cahiers des charges doit avoir un parc de véhicules important et le personnel adéquat de manière à répondre aux sollicitations de l'hôpital.

Ainsi l'hôpital X, hôpital de taille moyenne n'a obtenu qu'une seule réponse à son appel d'offres alors même que le responsable des transports sanitaires de cet établissement aurait accepté l'association de plusieurs entreprises. Mais il ne faut pas oublier que, certes les entreprises de transports sanitaires accomplissent une mission de service public, le transport de malades, mais la logique commerciale est aussi présente. Il peut être culturellement difficile de s'associer avec ses principaux concurrents sur le secteur de l'hôpital.

Pour des raisons analogues, il est difficile d'imposer des critères supplémentaires de sélection dans le cahier des charges. Ce dernier se limite à l'obligation d'un court délai de réponse et à l'énumération des types de transport à effectuer. En effet, le temps de réponse demandé par les hôpitaux est en général de vingt minutes, or dans ce rayon vous retrouvez toujours les mêmes entreprises.

#### *b) L'absence de réponse*

Autre difficulté rencontrée par un autre centre hospitalier. Il s'agit de la non-réponse à un appel d'offre.

Le cas évoqué reflète parfaitement la confrontation de deux logiques financières. L'utilisateur s'est quelque peu relégué au second plan. Le centre hospitalier considéré a lancé un premier appel d'offres qui s'est avéré infructueux. Il fut alors procédé à un second appel

d'offres. Une seule entreprise y a répondu mais ses propositions ne correspondaient pas aux cahiers des charges. L'entreprise n'acceptait pas d'effectuer du transport assis après 18 heures ni de transport de néonatalogie. L'hôpital a donc dans un premier temps refusé de signer la convention.

La date à laquelle devait débiter la convention est arrivée à échéance et l'hôpital n'avait formalisé aucun contrat. Les transports ont donc été effectués avec les ambulanciers locaux au tarif normal. Ils ont été financés sur le budget de fonctionnement de l'hôpital. Le compte budgétaire des transports sanitaires a donc « explosé » selon les propres dires du directeur financier. Cette situation temporaire a été assimilée à une véritable crise pour l'établissement. D'un côté, l'entreprise de transport ayant répondu à l'appel, menaçait de licencier son personnel si elle signait dans les conditions fixées par l'hôpital. De l'autre, le directeur de l'hôpital menaçait de saisir le préfet afin qu'il règle la situation.

L'hôpital a fini par accepté les exigences de l'entreprise et a donc signé la convention. Pour les transports non effectués, l'établissement se replie sur l'utilisation des lits portes ou sur les services des pompiers selon les cas.

#### B) Les difficultés vis à vis de l'entreprise de transport sanitaire

Les difficultés voire les oppositions des entreprises de transport sanitaire à répondre favorablement aux appels d'offres s'expriment au travers des moyens de fonctionnement de ces entreprises. Les argumentations avancées par les différents professionnels relèvent soit de la stricte rentabilité de l'entreprise soit de la mise en place du protocole Aubry sur les 35 heures voire même les deux à la fois.

##### a) *Une procédure d'appel d'offres parfois mal comprise*

Nous avons interrogé trois responsables d'organisation représentative différente de la profession d'ambulancier dans le département du Pas de Calais.

L'appel d'offres n'est pas considéré comme un bon outil en matière de transport sanitaire. Les ambulanciers voudraient négocier de gré à gré avec les établissements publics de santé.

Les entreprises sont cantonnées à un secteur géographique, elles ne peuvent donc répondre aux sollicitations de l'ensemble des établissements, ce qui limite l'espérance d'un chiffre d'affaires convenable.



Certains ambulanciers sont même opposés de manière catégorique à cette technique de marchés publics. Leur raisonnement est le suivant : si l'hôpital ne fait pas le transport lui-même, c'est que cela lui coûte cher. Or l'appel d'offre, c'est demander de faire le même travail au moindre coût. Il est vrai que les tarifs proposés par les sociétés d'ambulances se basent sur ceux fixés par arrêté préfectoral et sont diminués d'un pourcentage fixé librement par la société en fonction de ses possibilités. Si du point de vue des finances publiques, l'appel d'offres constituent un outil de bonne gestion des deniers publics, du point de vue de l'entreprise, il s'agit d'un frein à la rentabilité.

*b) Un frein à la rentabilité aggravé par le protocole Aubry*

Une autre difficulté invoquée est donc la mise en place du protocole Aubry sur les 35 heures.

L'accord-cadre du 4 mai 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail conclu dans le cadre de la convention collective nationale des transports routiers et des auxiliaires du transport, l'arrêté du 30 juillet 2001 portant extension d'un accord et d'un avenant à cet accord dans le cadre de la même convention ont mis en place les 35 heures dans les entreprises de transports sanitaires.

Une entreprise qui signe une convention avec un établissement public accepte de mettre des véhicules et du personnel à la disposition de l'hôpital pour les demandes de transport répondant au cahier des charges. Un tel engagement implique une disponibilité de tous les instants. Car cela nécessite d'assurer des permanences, et d'être en capacité de répondre aux demandes de transport sanitaire à toute heure.

De plus certains transports comme celui des prématurés nécessite un matériel spécifique, donc l'entreprise se voit contrainte de mobiliser un véhicule pour des déplacements peu nombreux.

Les ambulanciers sont amenés à invoquer l'impossibilité, dans un premier temps, de transport assis de nuit (après 18 heures). Et ils se concertent actuellement pour étudier l'hypothèse de refuser tout type de transport la nuit. Dans les faits se sont les changements de quart qui leur pose le plus de difficulté. L'amplitude d'un service de permanence est limitée à 12 heures, l'amplitude étant l'intervalle existant entre deux repos journaliers successifs ou entre un repos hebdomadaire et le repos journalier

immédiatement précédent ou suivant. Les nouvelles dispositions relatives à la durée du travail nécessitent le recrutement au minimum d'une équipe supplémentaire.

Or les travaux menés par la Caisse Nationale D'assurance Maladie en 1997, soit avant la mise en place du protocole, ont évalué de 82 à 83 % le pourcentage du chiffre d'affaires consacré aux frais de fonctionnement des entreprises de transports sanitaires. Le recrutement de personnel supplémentaire vient alourdir ces charges qui ne semblent pas être totalement compensées par l'activité supplémentaire procurée par la convention avec un établissement de santé.

Pour information, l'accord cadre du 30 juillet 2001 a créé un salaire mensuel professionnel garanti (SMPG). A l'entrée en vigueur de l'accord, le barème des SMPG du personnel ambulancier était de 1124€ pour titulaire du BNS et 1238€ pour le titulaire du CCA.

Une étude a révélé que la réduction du temps de travail et la nouvelle convention collective modifient le seuil de rentabilité d'une ambulance lorsqu'elle a des services de nuit. Il faut au moins 8 transports par 24 heures effectivement payés pour rentabiliser une ambulance et son équipage.

## **2.2 Les transports effectués hors de la responsabilité de l'établissement hospitalier**

A l'instar de l'étude des transports effectués sous la responsabilité de l'établissement de santé, nous évoquerons dans cette sous partie les différents transports, les principes applicables et les difficultés recensées dans le département du Pas de Calais.

### **2.2.1 Les différents transports**

#### **A) L'admission et la sortie**

Il s'agit de l'entrée du malade à l'hôpital dans le cadre d'une hospitalisation programmée ou de la sortie de malade vers le domicile.

L'admission : elle est à la fois un acte médical et administratif qui doit être effectué par le service administratif de l'établissement. L'ambulancier est averti de la destination en général par le patient ou sa famille qui justifie la destination par la prescription médicale.

La sortie du patient d'un établissement de santé est définie par l'ANAES par ces termes : sortie avec ou contre avis médical en vue d'un retour à domicile, d'une mutation ou d'un transfert à l'issue d'une hospitalisation.

L'acte de sortie est prononcé par le directeur de l'hôpital à la demande du chef de service ou de son représentant.

L'hôpital doit fournir au patient les justificatifs nécessaires à la prise en charge du transport par l'Assurance Maladie.

## B) Le transfert

Le transfert définitif de malade sortant de l'hôpital pour être admis dans un autre établissement de soins, de convalescence ou de cure ; de transport de consultants externes.

Aucune obligation financière ou juridique ne repose sur l'hôpital, qui n'intervient que comme conseiller ou intermédiaire entre le transporteur.

### **2.2.2 les principes applicables**

Ces principes sont au nombre de deux et sont rappelés dans la circulaire n° 232 du 24 avril 1968 relative au libre choix des malades sortant des hôpitaux en ce qui concerne les ambulances.

- le mode de transport utilisé doit être adapté à l'état de santé du malade ( prescription effective et personnelle établie par un médecin du service)

Chaque fois que l'état de santé du malade justifie le recours à un mode de transport particulier, une prescription effective et personnelle établie par un médecin du service devra orienter le malade vers le moyen le mieux adapté à sa situation.

- respect du libre choix du malade. Afin d'assurer une information complète des malades sortant, le responsable du service des transports de l'hôpital doit tenir à jour les listes complètes au niveau départemental des entreprises de transports sanitaires et des taxis.

Lorsqu'un malade sort de l'établissement lui-même ou sa famille doit exprimer librement sa volonté, en ce qui concerne la décision de faire appel à telle ou telle ambulance.

Si la famille n'a pas fait elle-même le nécessaire, il est du devoir de l'hôpital de procurer au malade l'ambulance de son choix. Si aucun choix n'a été exprimé, l'hôpital, dans la mesure du possible appelle à tour de rôle selon l'ordre de la liste.

Afin d'assurer une information complète des malades sortant, le responsable du service des transports de l'établissement hospitalier devra tenir à jour les listes complètes au niveau départemental des ambulanciers agréés et des taxis. Ces listes devront être diffusées dans les services et mises à disposition de la clientèle.

L'hôpital d'A. en 2001 a pris l'initiative en 2001 de remettre à l'ordre du jour l'application de cette circulaire. La direction des services financiers de l'hôpital a adressé à l'ensemble des ambulanciers privés un questionnaire leur demandant s'ils souhaitaient figurer dans le tour de rôle prévu par la circulaire du 15 janvier 1983.

Ce courrier précisait les modalités du tour de rôle. Dès réception de toutes les réponses le tour de rôle sera établi avec les intéressés. L'ordre d'inscription s'est fait en fonction de la date d'arrivée de la réponse avec classement alphabétique pour le même jour, une rotation hebdomadaire est réalisée, et chaque trimestre un tableau est envoyé.

### **2.2.3 Le financement des transports hors responsabilité de l'hôpital**

L'Assurance Maladie couvre les frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droits sous certaines conditions.

A) Présentation générale du contexte juridique

a) *Le Code de Santé Publique*

La loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 reprise aux articles L 322-5 et suivants du Code de Sécurité Sociale fixe les conditions dans lesquelles les frais de déplacement de l'assuré peuvent être remboursés.

L'article L 322-5-2 du CSS dispose que les rapports entre les organismes d'Assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à 5 ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des ambulanciers et au moins deux caisses nationales d'assurance maladie dont la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

Cette convention détermine notamment :

- 1°) les obligations respectives des organismes qui servent des prestations d'Assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires.
- 2°) les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;
- 3°) les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;
- 4°) le financement des instances nécessaires à la mise en œuvre de la convention et de ses annexes éventuelles ;
- 5°) sans préjudice des compétences réglementaires, les modalités de la détermination des sommes dues aux entreprises.

*b) la convention nationale du 23 mars 2003*

La convention nationale des transports sanitaires actuellement en vigueur a été publiée au journal officiel de la république française le 23 mars 2003.

Cette convention fixe les conditions dans lesquelles l'assuré social peut obtenir remboursement de son transport. Ces dispositions sont applicables lorsque le transporteur a adhéré à la convention.

L'article 4 dispose que l'assuré doit en principe régler les frais de son transport sanitaire par ambulance directement au transporteur sanitaire et se faire ensuite rembourser par sa caisse d'assurance maladie d'affiliation.

Toutefois, l'assuré peut, sur sa demande et sous réserve de répondre aux conditions indiquées à l'article 5, être dispensé de l'avance des frais dus au titre des transports par ambulance dans la limite de la participation des organismes d'assurance maladie au remboursement desdits frais au titre des prestations légales.

La Participation de l'assuré ou ticket modérateur versée aux prestataires de transports sanitaires terrestres par ambulance est calculée sur la base des tarifs fixés par la

convention nationale et ses avenants.... Ces dispositions sont exclusives des prestations complémentaires exigées par l'assuré et restant à sa charge...

Pour la prise en charge des transports en VSL, celle-ci fait l'objet de dispositions transitoires.

#### B) Tarifs applicables pour les transports en ambulances

La facturation du transport dépend du département où se situe le siège de l'entreprise, les départements étant répartis en quatre zones tarifaires ( A, B, C ou D). le département du Pas de Calais se situe en zone B.

La facturation comporte un forfait départemental ou minimum de perception, hors forfait agglomération auquel s'ajoute le cas échéant le tarif kilométrique.

#### **Le forfait départemental**

Le forfait départemental comprend la mise à disposition du véhicule et l'utilisation de son équipement, la fourniture et le lavage de la literie, la fourniture de l'oxygène en cas de besoin, la désinfection du véhicule éventuellement, la prise en charge du malade ou du blessé au lieu où il se trouve, le transport du malade ou du blessé jusqu'au lieu de destination, le brancardage au départ et à l'arrivée(étages compris le cas échéant ainsi que le chargement et le déchargement du malade ou du blessé). En aucun cas l'équipage et le véhicule ne peuvent être immobilisés plus de 15 minutes. Cela vise transports inférieurs ou égaux à 5 kilomètres.

Le montant de ce forfait dans le Pas de Calais est de 46.5€

#### **Le tarif kilométrique**

Il est appliqué si le trajet dépasse 5 Km. Le coût du kilomètre est alors de 2 €

#### **Le forfait agglomération**

Dans le Pas de Calais, ce forfait ne concerne que la ville de Lens. La prise en charge est fixée à 52€, incluant les 5 premiers kilomètres en charge parcourus.

L'ensemble de ces tarifs peut subir une majoration.

Ces tarifs sont majorés de 75 % pour service de nuit, c'est à dire entre 20 heures et 8 heures.

Les dimanches et jours fériés, la majoration est de 50% entre 8 et 20 heures et de 75% pour la nuit.

#### C) Les tarifs provisoires applicables au transport en VSL

Les tarifs fixés dans la convention du 23 mars 2003 sont ceux résultant de l'arrêté interministériel du 1<sup>er</sup> mars 1997 majorés de 0.9%. Ces tarifs comprennent la mise à disposition du véhicule, la désinfection éventuelle de celui-ci, la prise en charge du malade au lieu où il se trouve, le transport du malade jusqu'au lieu de destination. Le conducteur et le véhicule ne doivent pas être immobilisés plus de 15 minutes pour un trajet au maximum de 5 Km.

Le forfait départemental ou minimum de perception est de 11,47 € dans le Pas de Calais.

Le tarif kilométrique est de 0.78€

La majoration pour service de nuit est de 50%, elle est de 25% pour les dimanches et jours fériés.

Un supplément de 17,98€ est prévu pour un transport ou une prise en charge dans un aéroport, port ou gare.

La particularité du transport en VSL est que le transport simultané de malades est possible. Une facture doit être établie pour chacun des malades transportés. Des abattements sont alors prévus : 25 % pour deux patients, 40 % pour trois patients.

#### **2.2.4 Les difficultés rencontrées lors des transports liés à une hospitalisation non urgente**

Après entretiens avec les différents acteurs (ambulanciers et responsables hospitaliers), il est apparu que les plaintes provenaient majoritairement des transporteurs sanitaires. Les motifs d'insatisfaction tiennent en priorité à la régulation des flux de transports.

A) Les difficultés inhérentes à la régulation des transports au sein des établissements de santé

Malgré une circulaire évoquant déjà ces problèmes de régulation, la pratique quotidienne démontre que rien n'a changé et le département du Pas de Calais n'est pas épargné par cette situation.

Les responsables syndicaux relèvent que les rendez-vous dans les hôpitaux ne sont pas respectés. Toutes les personnes sont convoquées à la même heure, ce qui ne permet pas d'une part d'avoir du matériel de brancardage ( fauteuil roulant ou brancards) en nombre suffisant. D'autre part, cela entraîne une certaine attente aux guichets tout en sachant que les ambulanciers ne disposent pas d'accueil prioritaire.

Cette absence de régulation de l'arrivée des patients à l'hôpital entraîne des coûts d'attente non rémunérés pour les transporteurs. Ces coûts sont liés à une perte d'exploitation. De plus, cette perte de temps laisse peu de disponibilité pour assurer la garde départementale.

Vis à vis du patient, les ambulanciers se sentent mal à l'aise. Tout effort pour assurer une prestation de service de qualité se trouve compromis par ces délais d'attente trop longs. Or il ne faut pas perdre de vue que les entreprises de transports sanitaires appartiennent au secteur privé où l'importance de leur clientèle détermine le chiffre d'affaires de la société. Dans un secteur concurrentiel au domaine d'activité fort réglementé, c'est sur ces petits plus, gestes commerciaux et qualité de la prestation, que joue la fidélisation de la clientèle.

B) L'absence de lien entre l'accueil et l'infirmier de l'hôpital

Les différents ambulanciers interrogés estiment que l'infirmière n'est pas formée pour faire le lien entre le transport et l'hôpital. Cela amène les ambulanciers à accompagner leur client jusque dans leur chambre à les installer. Au moment de la sortie, il est également fréquent que ce soit eux qui doivent préparer la personne, lui faire ses bagages et s'assurer que toutes les formalités ont été accomplies.

Il est également reprocher au personnel hospitalier de ne pas avertir le patient quand l'ambulancier prévient de son retard ou bien de ne pas avertir l'ambulancier quand un rendez-vous a été déprogrammé.



En réalité, ce qui est communément admis, c'est que ces difficultés sont classées au rang des petits soucis par les ambulanciers. Mais, ils sont présents au quotidien et font apparaître un mal être chez ces professionnels. *"Nous sommes considérés comme un service annexe de la part des hôpitaux. On ressent un véritable manque d'estime". "Les hôpitaux ont une certaine désinvolture avec nous"*. Telles sont les expressions relevées sur le terrain qui expriment une gêne chez les transporteurs sanitaires.

### C) Les difficultés liées à la prescription du type de transport

Sur ce sujet on peut relever des points de conflits entre les deux acteurs.

Les prescriptions de type de transports apparaissent souvent mal connue par le médecin prescripteur. Cette méconnaissance porte sur le formulaire lui-même ce qui amène les ambulanciers à dire qu'ils *'sont obligés de courir après afin de pouvoir obtenir le paiement de notre prestation'*. Cette méconnaissance porte aussi sur la nature du transport à effectuer : transport assis(VSL) ou transport couché en ambulance. Ainsi un médecin hospitalier peut à la fois prescrire un transport assis en VSL et exiger que le malade soit amené en fauteuil roulant jusqu'au véhicule ce qui, selon les textes, semble incompatible ( le malade doit être autonome dans son déplacement).

Les hôpitaux rencontrent également des difficultés pour les hospitalisations courtes et programmées notamment pour les chimiothérapies. Ces patients sont transportés au centre hospitalier en VSL. Parfois la nécessité de prise en charge médicale et de réalisation des chimiothérapies ne permettent pas une sortie du patient avant 20 heures. Les différentes sociétés refusent de prendre en charge le retour du patient à son domicile en VSL exigeant la prescription en transport couché, ce qui selon les médecins n'est pas justifié sur le plan médical.

Pour conclure sur ces difficultés, il convient de mentionner une réelle interrogation des transporteurs sanitaires privés concernant l'avenir des VSL. En effet, sur les formulaires de demande d'accord préalable prescription médicale de transport de l'Assurance maladie, la mention VSL ne figure plus. Il est fait référence au "transport assis

professionnalisés". La notice d'utilisation du document précise que les transports en VSL et en taxi sont les seuls transports assis professionnalisés et sont désormais équivalents<sup>5</sup>

### **3 LA QUALITE DU SERVICE RENDU AU PATIENT AU CŒUR DU DISPOSITIF D'AMELIORATION DES RELATIONS ENTRE ENTREPRISES DE TRANSPORTS SANITAIRES ET ETABLISSEMENTS DE SANTE**

C'est à ce stade de la réflexion qu'il convient de présenter les travaux ministériels en cours relatifs à l'amélioration des relations entre les entreprises de transports sanitaires et les établissements de santé et de proposer quelques éléments afin de mettre en place et compléter de compléter ce travail sur le plan départemental.

Avant cette présentation ,nous étudierons donc dans un premier temps les annexes de la convention liant les entreprises et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en date du 23 mars 2003, ces annexes proposent en effet une certification de prestation de service et peut donc entrer dans le cadre de la présente réflexion. Puis nous décrirons l'ébauche du code de bonne conduite proposé conjointement aux établissements de santé et aux ambulanciers.

Ces deux thèmes seront déclinés sur le plan départemental notamment sur la place de la DDASS et donc de l'inspecteur dans leur mise en place.

Il sera procédé en dernier lieu à la formulation d'autres propositions issues des réflexions menées sur le terrain.

---

<sup>5</sup> Les documents de demande d'accord préalable de prescription médicale de transport sont consultables sur le site Internet de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés. <http://www.cnamts.fr>

### **3.1 Les réflexions abouties : un processus de labellisation**

La convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les Caisses d'Assurance Maladie conclue le 26 décembre 2002 et publiée au Journal Officiel le 23 mars 2003 a mis en place deux dispositifs visant à améliorer la qualité des prestations accomplies par les ambulanciers en plus du dispositif tarifaire évoqué plus haut.

Nous ne faisons que mentionner le premier dispositif car il concerne l'Aide Médicale Urgente. Il s'agit d'un accord national de bon usage des transports en. Au travers de cet accord, il s'agit de promouvoir l'utilisation d'une fiche clinique du patient à remplir par les ambulanciers.

L'annexe 4 de la même convention nous intéresse plus particulièrement car elle prévoit un contrat de bonne pratique relatif à la prestation de transport en ambulance.

#### **3.1.1 Le contexte réglementaire**

L'article L 162-12-18 du Code de la Sécurité Sociale dispose que les professionnels conventionnés, comme les ambulanciers, peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit en contrepartie du respect des engagements de ce contrat à un complément tarifaire de rémunération.

Par ce contrat les parties signataires entendent améliorer la qualité du service rendu aux assurés sociaux en matière de prestations de transport en ambulance.

La procédure d'adhésion au contrat de bonne pratique passe dans un premier temps par la certification de service.

La certification de services repose sur la définition de résultats à atteindre et d'indicateurs de mesure de ces résultats dans le cadre d'un référentiel de certification de service.

Du point de vue du patient, il s'agit d'améliorer les conditions de sa prise en charge. Du point de vue des entreprises de transports sanitaires, il s'agit de les récompenser des efforts qu'elles réalisent pour améliorer cette qualité. Cette prise en compte du niveau de qualité du service rendu se fera à moyen terme grâce à une tarification différenciée qui pourra être mise en œuvre conventionnellement. Mais dans l'immédiat et pour inciter les

entreprises à intégrer cette démarche qualité le plus rapidement possible, les caisses verseront pendant trois ans un forfait annuel aux entreprises qui ont obtenu leur certification et ayant adhéré au contrat de bonne pratique. Ce forfait annuel est de 600€ pour les certifications obtenues en 2003 ; 500€ en 2004 et 400€ en 2005.

Dès que la tarification différenciée sera mise en place, le système du forfait annuel sera abandonné.

### **3.1.2 La procédure de certification**

La certification des services est établie par un organisme indépendant accrédité par un organisme de contrôle.

Un référentiel sera établi et les entreprises qui satisfont aux exigences du référentiel obtiendront leur certificat. La certification sera obtenue pour une durée de trois ans.

Plusieurs champs seront évalués pour avant l'obtention de la certification : l'ensemble des règles édictées en matière de santé publique et de sécurité sociale ; l'accueil physique et téléphonique ; les véhicules et leur équipement ; règlement intérieur ou interne ; la qualité de la prestation de transport ; les formalités de prise en charge ; délai pour traiter les litiges avec les assurés ; bonne réalisation des transports d'urgence ; la formation ; évaluation par une enquête de satisfaction des malades ; télétransmission.

### **3.1.3 Proposition pour une place de la DDASS dans ce processus**

#### **A) Rappel du contexte**

Certes, la convention entre les entreprises de transports sanitaires et les caisses d'assurance maladie sont hors champ de compétence de la DDASS. Néanmoins, la labellisation pourrait être utilisée pour influencer sur les relations avec établissements publics de santé.

Lorsque nous avons évoqué les difficultés rencontrées aussi bien côté ambulanciers que côté hôpital public, un certain nombre d'entre elles reposent sur le ressenti, sur une impression de déconsidération. En ce sens le label apporte plusieurs intérêts.

Une entreprise labellisée est a priori une entreprise en qui l'on peut avoir confiance, le scepticisme qu'ont les établissements de santé rencontrés envers les entreprises de transports sanitaires peut faiblir grâce à ce dispositif.

Une entreprise labellisée est une entreprise qui peut avoir plus de poids pour revendiquer auprès de leur partenaire. Nous pensons aux demandes de brancards ou de matériel, les hôpitaux peuvent être plus à l'écoute des revendications d'une entreprise certifiée.

Le label peut donc devenir un outil de communication fort.

#### B) Rôle de la DDASS et de l'inspecteur principal participant au sous comité des transports sanitaires

Il convient donc de sensibiliser l'ensemble des professionnels concernés par le transport sanitaire. C'est dans cette sensibilisation que la DDASS peut avoir un rôle à jouer. Il peut être envisagé par l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale siégeant au sous comité des transports sanitaires une action de communication en vue d'informer les ambulanciers sur les intérêts de la démarche. Cet effort de communication de la DDASS est une revendication forte de la part des ambulanciers. Ils attendent beaucoup de celle qu'ils qualifient eux-mêmes de « mère ».

L'intervention de la DDASS peut aussi se justifier par le contenu du référentiel de certification qui comprend les aspects réglementaires contrôlés par le service des transports sanitaires. Les craintes que la certification soit accordée à tous peuvent être tempérées en rappelant aux professionnels que le référentiel ne contient pas que des éléments nécessaires pour obtenir l'agrément. Mais qu'au contraire, des conditions élémentaires ne figurant pas dans la réglementation de l'agrément ont trouvé leur place dans le label. Nous pensons ici à la propreté des personnels, des véhicules, des locaux dont le défaut ne peut être sanctionné par la DDASS faute de texte.

#### C) L'accueil de la labellisation chez les professionnels

L'accueil de la labellisation est mitigé chez les entreprises de transports sanitaires. Certains sont impatients, d'autres sont très réservés quant à la réalisation des objectifs et de la neutralité du processus de certification. Certains professionnels regrettent que ce soient encore à eux d'améliorer leur image de marque alors que d'autres ne font rien. Ces mêmes personnes craignent que le label soit attribué à tous et perdent par la suite toute valeur et crédibilité.

Du point de vue des établissements publics de santé interrogés sur le sujet, l'accueil est plutôt favorable. Certains se sont dits intéressés notamment dans le cadre de la procédure des marchés publics. Une condition supplémentaire relative à la certification de l'entreprise peut être discutée.

### **3.2 Les réflexions en cours: circulaire relative aux relations entre établissements de santé et les ambulanciers privés**

Dans cette sous partie, nous relaterons le contenu des réflexions menées par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du ministère de la Santé en partenariat avec les acteurs concernés. Puis nous situerons le rôle de la DDASS dans la mise en œuvre de cette circulaire afin de résoudre une partie des difficultés recensées précédemment. Nous tenons à rappeler que cette réflexion se base sur des travaux non encore aboutis et sur un projet de circulaire établie en août 2002.

#### **3.2.1 Les travaux sur le plan national**

##### A) Relevés de main courante des travaux préparatoires

Début 2002, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins décide de mettre en place un groupe de travail « transports sanitaires privés et établissements de santé ». ce groupe de travail est invité à réfléchir sur deux thématiques :

- les modalités d'organisation des transports effectués par les entreprises privées à l'entrée et à l'issue d'une hospitalisation
- la détermination de nouveaux indices de besoins de transports sanitaires en les adaptant mieux aux schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Les participants à ce groupe de travail sont des représentants de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et sociale dont un inspecteur de la DDASS du Pas de Calais, des représentants de la conférence des directeurs généraux de Centres Hospitaliers, des représentants syndicaux, des représentants de la conférence des présidents de comité médicale d'établissements.

Le premier travail entrepris fut de recenser les difficultés relationnelles des entreprises de transports sanitaires et des établissements de santé. Ces difficultés figurent parmi celles recensées dans la deuxième partie de ce mémoire.

Lorsque les constats furent validés par l'ensemble des participants, des propositions de piste de travail ont été faites et ont été déterminées celles pouvant être retenues.

C'est ainsi que les fédérations des établissements de santé et les organisations professionnelles sous l'égide de la DHOS, ont travaillé à l'élaboration d'un protocole d'accord national valant code de bonne conduite. La circulaire en préparation est amenée à remplacer la circulaire 232 du 24 avril 1968 relative au libre choix des malades sortant des hôpitaux en ce qui concerne les ambulances et la circulaire 49 du 15 janvier 1983 relative à l'application aux entreprises privées de transports sanitaires et aux établissements publics hospitaliers des dispositions des articles L 51-1 à L 51-3 du Code de santé Publique.

## B) Le code de bonne conduite

Au cours de l'année 2002, un protocole d'accord a donc été examiné ce protocole portant code de bonne conduite régissant les relations entre ambulanciers privés et les établissements de santé. Ce protocole d'accord constitue la base du travail qui doit s'engager entre les acteurs départementaux et locaux, celui-ci pouvant être décliné soit au niveau de l'ensemble du département soit au niveau de chaque établissement.

Le projet de code de bonne conduite replace l'ambulancier dans la chaîne de prise en charge des patients. Il est fait mention que l'ambulancier est un lien indispensable entre le patient et les établissements de santé.

Des recommandations ont été mises en place d'une part pour les transports 'lieu de résidence- établissements de santé' et d'autre part pour les 'transports établissements de santé – lieux de résidence'. Chacun des transports fait l'objet d'engagement de la part aussi bien des ambulanciers que des établissements de santé.

Ainsi pêle-mêle nous pouvons mentionner l'obligation pour l'ambulancier de vérifier que le patient dispose de tous les documents nécessaires à son hospitalisation, à sa consultation ou sa séance de soins ; il doit également accompagner le patient jusqu'au service concerné, et s'assurer, avant de quitter le patient, que celui-ci est pris en charge.

Pour l'établissement de santé, il doit assurer la prise en charge du patient par un membre de l'équipe soignante dans un délai raisonnable, il doit également veiller à programmer les sorties et à les lisser dans la journée.

### C) Les fiches de liaison

Les fiches de liaison trouvent leur raison d'être dans l'absence de formalisation de la transmission des informations détenues par les ambulanciers à l'équipe soignante des établissements de santé.

Deux projets de fiches de liaison ont été élaborés dans le cadre des travaux nationaux. Une fiche concerne le lien entre de domicile et les établissements de santé. L'autre fiche concerne les transports à partir de l'établissement de santé.

Les informations recensées dans ces fiches concernent : l'identification des membres de l'équipage, l'identification du patient, le transport ( type, médecin prescripteur, date et heure de prise en charge du patient), établissement d'accueil, état de la personne, date et heure d'accueil dans l'établissement.

### **3.2.2 Proposition sur la mise en œuvre sur le plan départemental des réflexions nationales**

Le projet de circulaire rappelle que le code de bonne conduite présenté dans la circulaire n'est qu'une base de travail et doit être décliné au plan local. Cet outil national d'amélioration des relations entre les établissements de santé et les entreprises de transports sanitaires privées peut intégrer et compléter les pistes élaborées par la DDASS du Pas de Calais en partenariat avec le sous comité des transports sanitaires.



A) Le protocole local relatif à l'ensemble des bonnes pratiques

a) *Etat de la démarche à la DDASS du Pas de Calais*

Parallèlement aux travaux menés sur le plan national, la DDASS avait déjà entrepris une réflexion suite aux relevés de difficultés lors des sous-comités.

Une première réunion avait été organisée au Centre Hospitalier de L. sous l'égide de la DDASS représentée en la personne d'un médecin inspecteur en chef de santé publique.

Les MISP agissent via la DDASS ou l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Ils sont des conseillers techniques et n'ont pas de pouvoirs de décisions sur les établissements de santé. Ils participent au Comité Médical d'établissement selon leur propre volonté, ils participent également aux travaux des groupes techniques.

Avant la convention, le MISP de la DDASS du Pas de Calais a envoyé un courrier sous signature de la Directrice de la DDASS à chaque directeur d'établissement en leur demandant leur point de vue s'ils rencontraient des difficultés dans leur relation avec les ambulanciers privés, s'il existait une signalétique particulière, des contraintes particulières qui leur étaient imposées. Il y a eu peu de réponse mais pas de plaintes signalées.

Le MISP en chef est également intervenu au sous-comité des transports sanitaires en décembre 2002, en tant que personne qualifiée de manière tout à fait ponctuelle. Les plaintes relevées au sein du sous comité concernaient les établissements de santé, domaine pour lequel l'IASS membre du sous comité n'a pas de compétence technique sur le fonctionnement d'un établissement de santé. Au cours de cette réunion, il a été fait état qu'un projet de circulaire a été adressé par l'administration centrale à la DDASS qui précise une collaboration entre les hôpitaux et les ambulanciers privés, impulsée par la DDASS incluant une contractualisation locale sur le national.

Actuellement les services de la DDASS, c'est à dire le MISP et l'IPASS chargés du dossier, sont favorables à l'élaboration d'une convention départementale mais préfèrent suspendre les démarches avec les hôpitaux en attendant la parution de la circulaire

*b) La demande des entreprises de transports sanitaires*

Les ambulanciers souhaitent que la DDASS poursuive ses entretiens avec l'ensemble des hôpitaux du département afin de mettre à plat toutes les difficultés qui ont été recensées.

A l'instar du processus de labellisation, il est demandé à la tutelle un important travail de communication auprès des établissements de santé afin de mieux leur faire connaître la profession d'ambulancier et de véhiculer une image positive. Les ambulanciers souhaitent donc que la DDASS aille plus loin que la formalisation des relations.

**B) Déclinaison du concept de qualité de la chaîne de transport dans le code de bonne conduite**

*a) Rappel du contexte*

Il a été frappant de constater sur le terrain que l'analyse des difficultés par chacun des acteurs ne mentionne que de manière exceptionnelle l'impact que peuvent avoir ces difficultés sur la qualité de la prestation offerte au patient.

Or de plus en plus de politiques sanitaires et sociales de construisent autour de l'idée que l'usager doit être au cœur du dispositif. Ainsi il pourrait en être de même en matière de transport sanitaire. Replacer le patient au cœur du dispositif du transport sanitaire conduit à repenser la prestation sous l'angle de la qualité.

La qualité est définie comme l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites<sup>6</sup>. C'est notamment sous les aspects techniques de la qualité que peut revenir la confiance entre établissements de santé et ambulanciers.

---

<sup>6</sup> Formation ICARE 2001 "Mutation du système de santé et contraintes budgétaire". Définition normalisé AFNOR de la qualité.

*b) La qualité par le protocole d'hygiène ambulancière*

Une réflexion sur la qualité des prestations offertes par les ambulanciers a été menée par la DDASS. Des protocoles de désinfection ont été élaborés et les listes de matériels obligatoires dans les ambulances modifiés.

Ce protocole a été présenté lors des travaux à la DHOS pour améliorer les relations entre les établissements de santé et les entreprises de transports sanitaires privés.

Il se présente sous la forme d'un petit livret d'hygiène ambulancière et comporte des fiches sur les conduites à tenir et sur les protocoles de contrôle.

En préambule, le livret rappelle que la qualité du transport sanitaire est un maillon essentiel dans la prise en charge du patient.

Ainsi, nous pouvons y trouver : un protocole de nettoyage de désinfection simple, un protocole nettoyage désinfection complète. Des fiches techniques : nettoyage désinfection du petit matériel, le matériel d'entretien, nettoyage désinfection du poste de conduite, nettoyage désinfection de la cellule sanitaire, nettoyage désinfection du gros matériel, réintégration du matériel dans la cellule sanitaire, nettoyage désinfection du matériel d'entretien.

Un rappel réglementaire sur les pathologies à désinfection obligatoire est également présenté sous forme de fiche.

Ce recueil à destination des ambulanciers a été établi par l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale en charge des transports sanitaires. Ses travaux se sont appuyés sur ceux du CESU de Lyon. Il fut présenté en sous-comité le 27 mars 2002, le SAMU l'avait validé au préalable. Une représentante syndicale a exposé l'intérêt de ce protocole et a décidé de l'intégrer à l'enseignement de l'école d'ambulancier d'Arras. Mais le sous-comité n'a pas accepté de valider ce document.

*c) Intérêt du protocole*

Le protocole présente tout son intérêt car les ambulanciers ne participent pas au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales ( CLIN ) dont doit être doté chaque établissement de santé.

En effet, l'ambulancier, notamment dans le cas de transfert de malade, fait pleinement partie de la chaîne de soins. La lutte contre les infections nosocomiales perd donc tout son efficacité si elle commence ou s'arrête aux portes des établissements.

Lorsque les établissements publics de santé rencontrés sont interrogés sur ce point, ils se disent prêts à faire participer les ambulanciers de leur secteur aux travaux du CLIN.

Nous proposons donc que ce protocole et les intérêts qui en découlent soient représentés au sous comité des transports sanitaires pour validation et extension à l'ensemble des ambulanciers via le code de bonne conduite mentionné dans le projet de circulaire.

Une procédure d'évaluation du dispositif viendrait pérenniser ou abandonner cette hypothèse de démarche qualité.

Ce protocole d'hygiène ambulancière combiné à la participation des ambulanciers aux travaux des CLIN peuvent être un moyen de lien positif entre les ambulanciers et les hôpitaux. Il ne s'agira alors plus d'une relation conflictuelle mais plutôt d'un lien positif construit dans l'intérêt commun de lutter contre les infections nosocomiales et donc d'un lien positif dans l'intérêt du patient.

### **3.3 Les autres pistes à envisager**

Ces autres pistes de réflexion s'adressent en particulier aux ambulanciers mais les établissements de santé pourraient en bénéficier de manière indirecte. Il s'agirait de mettre en place une démarche de planification et de développer le partenariat entre administrations.

#### **3.3.1 L'élaboration d'un schéma en matière d'équipement de transport sanitaire**

Il semble que la fixation d'un simple nombre théorique de véhicule dans le département, comme le prévoit l'article L 6312-4 al 2 CSP, soit un dispositif insuffisant.

Nous avons pu observer sur le terrain que les établissements publics de santé éprouvaient quelques difficultés à passer convention avec des entreprises de transports sanitaires dans le cadre de la procédure des marchés publics.

En effet, la mise en concurrence pêche parfois par manque d'entreprises dans le secteur de l'établissement. Ce manque provient d'une mauvaise répartition des entreprises sur le territoire départemental.

De plus, il fut constaté, au sein de la DDASS qu'il n'existe pas de bilan quantitatif finalisé de l'équipement en véhicules sanitaires. Toute démarche entreprise en ce sens n'a pu trouver un aboutissement faute de temps. De plus, le nombre théorique de véhicules n'a pas été officiellement arrêté. Mais la simple fixation d'une telle donnée semble insuffisante pour répondre de manière optimum aux besoins de la population. C'est une démarche de planification qu'il convient alors d'adopter.

En ce sens, le schéma, outil de planification, présente de multiples intérêts.

Il permet de recenser les besoins de la population pour ensuite mieux adapter l'offre de prestation de transport. La bonne répartition est un élément essentiel dans un département où les zones rurales sont nombreuses comme le Pas de Calais.

Le schéma est également intéressant pour la DDASS en matière de transfert d'autorisation de mise en service des véhicules. Ces transferts ne sont pas soumis à approbation du sous comités des transports sanitaires. Ce mode de planification permettra donc à la tutelle de refuser ou d'accepter des demandes de transferts selon le niveau d'équipement de la zone d'accueil.

Cet outil pourrait être impulsé par la DDASS et préparé en partenariat avec le sous-comité des transports sanitaires du département. La préparation définirait les zones à prendre en compte et fixerait le nombre de véhicules théoriques dans chaque zone sans dépasser au final le nombre de véhicules théorique du Pas de Calais. Des indices de besoins de même que le critères de besoins seraient également à déterminer (distance géographique, équipement sanitaire du secteur....). Des objectifs à atteindre sur une période donnée ainsi qu'une étape d'évaluation pourraient constituer la phase finale d'élaboration de ce schéma.

### **3.3.2 Développer le partenariat avec les autres administrations**

En matière disciplinaire, les entreprises de transports sanitaires relèvent de plusieurs organismes accomplissant une mission de service public.

Ils relèvent du sous comité des transports sanitaires en cas de non-respect des obligations relatives à l'agrément. Ils relèvent de l'inspection du travail pour les atteintes au droit du travail. Enfin, ils relèvent de la commission départementale de concertation en cas d'inobservation des clauses de la convention les liant à la caisse nationale d'assurances maladie.

Les services de la DDASS n'ont aucune connaissance des sanctions prononcées à l'égard des ambulanciers bien qu'étant leur tutelle.

Le partenariat pourrait prendre la forme, par exemple, d'inspection conjointe avec l'inspection du travail. En effet, dans le cas du suivi de la profession la DDASS a parfois connaissance de faits pouvant nuire à la qualité de la prise en charge des patients.

Nous pouvons donner deux exemples. L'un concerne les difficultés pour un chef d'entreprise de sanctionner un employé rencontrant des problèmes liés à l'alcool. L'autre exemple, est l'absence d'incompatibilité entre la profession d'ambulancier et celle de sapeur pompier volontaire. Il peut en effet y avoir danger pour le patient lorsque ce dernier est transporté le jour par un ambulancier qui a assuré une garde en caserne la nuit précédente. La situation n'est pas rare car le sujet a été évoqué par plusieurs chefs d'entreprise.

## CONCLUSION

Nous souhaitons pour conclure reprendre les termes du rapport du conseil national de la consommation<sup>7</sup> qui invite à prendre conscience de la place particulière de l'ambulancier dans la chaîne de soins.

Cette analyse sur le plan national fait suite à la demande des associations de consommateurs, le groupe de travail sur les transports sanitaires a examiné quatre sujets principaux en octobre 2002 : les conditions d'organisation et de fonctionnement des transports sanitaires, le problème des risques encourus pendant le transport, les modalités de prise en charge des frais de transports et la certification des services.

« Les organisations professionnelles soulignent qu'il est difficile de continuer à honorer la qualité souhaitable en raison de l'inadéquation des tarifs conventionnels avec l'évolution du marché et de la réglementation sociale. Les règles nouvelles en matière de santé publique conduisent à un accès aux soins élargi et se traduisent par une demande croissante des patients. Si on veut privilégier la médecine ambulatoire, on génère des transports sanitaires. Cet accroissement résulte également de la restructuration hospitalière. Le transporteur est souvent amené à accompagner le malade dans les services d'admission des établissements hospitaliers, ce qui ne relève pas de sa fonction et lui prend du temps non négligeable pendant lequel il ne peut répondre à d'autres demandes de transport. »

Avec le développement de l'Hospitalisation à domicile, la médecine ambulatoire, les réseaux de soins et le décroisement de la ville et de l'hôpital, le recours aux ambulanciers sera de plus en plus fréquent. C'est alors toute la question de la place à part entière de l'ambulancier dans la chaîne de soins qui est posée. Cette question n'a encore jusqu'à présent obtenu que peu de réponse. Or la prise en compte effective de l'ambulancier dans cette chaîne peut résorber bon nombre de conflits entre les entreprises de transport sanitaire et les établissements de santé .

---

<sup>7</sup> [www.finances.gouv.fr/DGCCRF/boccrf/02\\_16/a01160017.htm](http://www.finances.gouv.fr/DGCCRF/boccrf/02_16/a01160017.htm) : rapport du conseil national de la consommation relatif aux transports sanitaires

---

# Bibliographie

---

## Les textes réglementaires

Code de la Santé Publique : articles L 6312-1 et suivants

Code de la Sécurité Sociale : articles L 322-5 et suivants

Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires

Décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres.

Décret n°95-1093 du 5 octobre 1995 relatif à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires terrestres prévue par l'article L. 51-6 du code de santé publique.

Décret n° 2001-210 du 7 mars 2001 portant refonte des marchés publics

Décret n° 2001-679 du 30 juillet 2001 relatif à la durée du travail dans les entreprises de transport sanitaire.

Arrêté du 21 décembre 1987 relatif à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires

Arrêté du 20 mars 1990 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectées aux transports sanitaires terrestres.

Arrêté du 21 mars 1989 relatif à l'enseignement, aux épreuves et à la délivrance du certificat de capacité d'ambulancier

Arrêté du 19 juin 2000 modifiant l'arrêté du 21 mars 1999 relatif à l'enseignement, aux épreuves et à la délivrance du certificat de capacité d'ambulancier



Arrêté du 4 juin 2002 relatifs aux conditions auxquelles doivent répondre les établissements préparant au certificat de capacité d'ambulancier

Circulaire n° 232 du 24 avril 1968 relative au libre choix des malades sortant des hôpitaux en ce qui concerne les ambulances

Circulaire n° 49 du 15 janvier 1983 relative à l'application aux entreprises privées de transport sanitaire et aux établissements publics hospitaliers des dispositions des articles L 51-1 à L 51-3 du code de la santé publique. Chapitre II : Transports de malades hospitalisés.

Circulaire DGS/3 E/375 du 15 avril 1988 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires

Circulaire DGS/SQ2/95-17 du 28 février 1995 relatif au décret 91-1208 du 29 décembre 1994 modifiant le décret 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres.

Circulaire DGS n° 96 du 6 novembre 1995 prise en application du décret n° 95-1093 du 5 octobre 1995 relatif à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires terrestres prévue par l'article L 51-6 du code de la santé publique et de l'arrêté du 5 octobre 1995 relatif à l'autorisation de mise en service de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.

Circulaire n° DGS/SD2C/2002/239 du 4 juin 2002 relatif à l'agrément des établissements préparant au certificat de capacité d'ambulancier, à leurs conditions de fonctionnement ainsi qu'à la détermination du nombre de places ouvertes à l'examen.

Circulaire n° DHOS/01/2003/204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière

Note de service n° DGS/SQ2/98/477 du 29 juillet 1998 relative au contrôle des véhicules sanitaires par les services de police et de gendarmerie et à la présence des stagiaires dans les entreprises de transport sanitaire

Brochure du journal officiel - convention collective n° 3085 - transports routiers - accord cadre 2000-05

## Articles de périodique

Magazine Turbulances - mars 2003-n°22-"ambulanciers pour la vie..."p.18

Apport de la géographie dans le domaine de la santé. *gestions hospitalières*, 06/07/2001,n°407,pp.389-474.

DELVAL A-C. Dans les dédales des couloirs. *l'aide soignante*, 05/1996, n°5, pp. 11-14

## Ouvrages

DUPON ; ESPER ; PAIRE.*Droit hospitalier*. Ed. Dalloz. 3è édition. 465p.

METTE C. éd. MALOINE. *Manuel de l'ambulancier*. collection "Professions de santé" -4è édition.310 p.

ENFER-HARDY, TONNEAU. *Le transport du malade à l'intérieur de l'hôpital : prestation de service ou fonction de soin ?*. DIPLOMES, 1998, FRA, FRE; Université de Paris 9 Dauphine, Paris. FRA, Groupe Hospitalier la Pitié-Salpêtrière. Institut d'Enseignement Supérieur des Cadres Hospitaliers. 68p. ann., réf. 2p

Centre hospitalier Régional et Universitaire de Rennes/ direction du service de soins infirmiers ; centre H, 1995, 31p. l'organisation des transports au service des malades au CHU de Rennes : décembre 1995

Manuel de premiers secours. Ed.France SELECTION,1995 , 490 p.

Etude sur les emplois des services administratifs et techniques de l'hôpital : description détaillée des emplois – repères : emplois des services intérieurs (VOL 3) . Ed. Ministère de la santé, 1995,317p.

## Références électroniques

Rapport sur le financement de la Sécurité sociale pour 2002.[15/03/2003] disponible sur Internet <<http://www.courdescomptes.fr>>

Evaluation des pratiques professionnelles des établissements de santé - guide méthodologiques- préparation de la sortie du patient hospitalisé-[25/10/2002]- novembre 2001 disponible sur Internet <<http://www.anaes.fr;>>

Rapport du conseil national de la consommation relatif aux transports sanitaires-[18/02/2003]-disponible sur Internet <[http://www.finances.gouv.fr/boccrf/02\\_16/a01160017.htm](http://www.finances.gouv.fr/boccrf/02_16/a01160017.htm) >

Rapport sur le financement de la Sécurité sociale pour 1998-[22/10/2003]- disponible sur Internet <[http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/secu.../secu1998\\_10.ht](http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/secu.../secu1998_10.ht)>

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** :

Questionnaire destiné aux responsables syndicaux des entreprises de transports sanitaires

**Annexe 2** :

Questionnaire destiné aux directeurs d'établissements publics de santé et/ou de responsable des transports sanitaires au sein de ces établissements

## ANNEXE 1

### **Guide d'entretien destiné aux responsables syndicaux des entreprises de transports sanitaires**

**1** – pourriez – vous expliquer à un profane, les différents liens pouvant exister entre une entreprise de transport sanitaire et un établissements publics de santé ?

**2-** Comment est assuré le principe du libre choix du patient, avez-vous des garanties quant à la mise en œuvre de ce principe ?

**3-** Pour quelles raisons, selon vous, les établissements publics de santé se retrouvent sans réponse ou avec une réponse insatisfaisante aux appels d'offre lancé par eux alors qu'il existe dans le département 163 entreprises de transport sanitaire ?

**4-** Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec les établissements publics de santé ?

**5-** Y a t-il des réflexions menées au sein de votre profession sur l'adoption d'une démarche qualité ?

**6-** quelles sont vos attentes vis à vis de la DDASS ? Pensez-vous qu'elle a un rôle à jouer dans l'amélioration de vos relations avec les établissements

**7-** Si l'organisation de votre profession devait être réformée, quels sont les points que vous souhaiteriez voir améliorés

## ANNEXE 2

### **Guide d'entretien à l'intention des directeurs d'hôpitaux publics et/ou des responsables des transports sanitaires au sein de ces établissements**

**1-** Quelles sont les différentes possibilités d'organisation des transports sanitaires au sein d'un établissement public de santé et quelle est celle qui a été choisie au sein de votre établissement ?

**2-** Quelles sont les missions d'un responsable des transports sanitaires au sein d'un hôpital public ?

**3-** Quels sont vos liens avec la DDASS et qui est, le cas échéant votre interlocuteur habituel ?

**4-** Avez-vous des difficultés avec les entreprises de transports sanitaires ? Si oui, des plaintes ont-elles été formalisées ?

**5-** Quels sont les moyens dont disposent l'hôpital pour tenter de remédier à ces difficultés et quels sont ceux que vous aimeriez avoir à votre disposition ?

**6-** Faites vous participer ou faites vous part des travaux de votre Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales les entreprises de transports sanitaires ?

**7-** L'ANAES a diffusé des préconisations pour la préparation de la sortie du patient, y a-t-il eu une réflexion sur ce thème au sein de votre établissement ?