



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **septembre 2018**

**Maîtriser les dépenses de transports
sanitaires non-urgents : quels leviers
d'efficience ? Exemple du Centre Hospitalier
des Quatre Villes**

Camille JACQUARD

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Madame Caroline Buno, Directrice Achats, Logistique et Patrimoine et maître de stage, pour la qualité de l'encadrement pendant le stage et la confiance qu'elle m'a accordée. Ses précieux conseils, sa bonne humeur et son soutien m'ont permis de conduire le projet à l'origine de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à Madame Elodie Lapeyre, Directrice des Finances et des systèmes d'information, pour avoir participé activement à la mise en œuvre du projet et su interroger les organisations proposées.

Pour le travail réalisé en commun sur les marchés de transports sanitaires, je tiens à remercier Monsieur Thierry Fall, responsable Achats du GHT 92 et Logistique, Madame Céline Magon, son adjointe ainsi que Monsieur Matthieu Chipan, responsable marché du GHT 92. Je remercie Madame Laurie Doreau, responsable des secrétariats médicaux, pour son aide précieuse et le temps consacré à la réalisation des audits et la réorganisation des commandes de transports. Mes remerciements vont également à Madame Sylvie Lhostis, responsable des systèmes d'informations.

Je remercie Monsieur Hubert de Beauchamp, chef d'établissement, pour m'avoir accueillie dans l'équipe de direction et permis de prendre part à de nombreux projets ainsi que toute l'équipe de direction pour sa bienveillance, notamment Esther Poignet Sol, directrice des soins.

Je remercie également les personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire, Monsieur Thierry Schiffano, Responsable du pôle logistique de la Fédération nationale des transports sanitaires, Juliette Ginet et Anne-cécile Charil de la société Santé Mobilité Service, Monsieur Jacky Le Dauphin, représentant établissement et spécialisé sur les transports sanitaires à la CPAM 92 et Monsieur Emmanuel Goupy, chef de projet au Département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS Ile de France.

Enfin, je remercie Monsieur Alain Mourier et Madame Anne Gerbeau pour leur aide dans la construction de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	3
Préambule : Glossaire et repères sur les transports sanitaires	4
1 Les transports sanitaires : des dépenses en forte hausse, difficiles à maîtriser et dont une part croissante est à charge des établissements de santé	7
1.1 A l'échelle nationale, des dépenses à charge de l'assurance maladie en constante augmentation, portées par les prescriptions hospitalières et difficilement maîtrisées	7
1.2 Pour maîtriser la hausse des dépenses de transports, des transformations du système réglementaire qui auront un impact significatif sur l'enveloppe hospitalière ...	10
1.3 Un pilotage des dépenses particulièrement difficile dans les Hauts de Seine et pour le CH4V	14
2 Neutraliser l'impact financier des reformes en optimisant les transports sanitaires : une démarche entreprise au CH4V qui s'appuie sur un diagnostic approfondi permettant d'identifier des leviers d'efficience	18
2.1 Un projet basé sur des objectifs nationaux et une méthode définie à partir des recommandations de l'ANAP	18
2.2 La conduite d'un diagnostic qualitatif et quantitatif : une étape décisive pour identifier les leviers d'optimisation et bâtir un plan d'action	20
2.3 Un plan d'action agissant sur trois leviers principaux de réduction des dépenses : les marchés publics, le circuit de la commande et les organisations de soins	29
3 Au travers de l'expérience du CH4V, identification de facteurs de réussite, des limites et perspectives du projet	40
3.1 Facteurs de réussite : une démarche progressive et coordonnée avec les autorités de tutelles et les transporteurs	40
3.2. Limites : des stratégies d'optimisation des dépenses qui se heurtent à des contraintes organisationnelles et culturelles	42
3.3. Et demain, quels leviers de maîtrise des dépenses restera-t-il ?	44
Conclusion	46
Bibliographie	47
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection de Longue Durée
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins
CAQOS : Contrats d'Amélioration de la Qualité de l'Offre de Soins
CCAP : Cahier des Clauses Administratives Particulières
CCTP : Cahier des Clauses techniques Particulières
CERFA : Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs
CH : Centre Hospitalier
CH4V : Centre Hospitalier des Quatre Villes
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DPI : Dossier Patient Informatisé
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EI : Evènements Indésirables
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GHS : Groupe Homogène de Séjour
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAD : Hospitalisation A Domicile
MCO : Médecine - Chirurgie- Obstétrique
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
RAD : Retour à Domicile
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPEi : Service de Prescription Électronique de transport intégré
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TAM : Transports à charge de l'Assurance Maladie
TDE : Transport Définitif (supplément)
TES : Transports sanitaires à charge des Etablissements de Santé
TSE : Transport Séance (supplément)
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

UF : Unité Fonctionnelle

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

Introduction

Face à une hausse de 56% des dépenses de transports sanitaires de l'ONDAM de ville sur les 10 dernières années¹, la revue des dépenses de 2016 dédiée aux transports sanitaires recommande : « avant tout, de transférer l'enveloppe budgétaire de l'assurance maladie aux établissements de soins, responsables de 63% de la dépense. »²

En effet, les dépenses de transports sanitaires à charge de l'Assurance Maladie contribuent chaque année à la hausse de l'ONDAM de ville et sont constituées majoritairement de prescriptions hospitalières. Afin de maîtriser ces dépenses, les rapports de la Cour des Comptes, de l'inspection générale des Finances et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales préconisent de responsabiliser les établissements de santé en les positionnant en tant que prescripteur et payeur des transports sanitaires.

Ainsi à partir du 1^{er} octobre 2018, en application de l'article 80 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2017, une partie des dépenses de transports sanitaires non-urgents sera transférée aux établissements de santé et sera partiellement compensée par un supplément forfaitaire versé par l'Assurance Maladie.

Toutefois, les établissements de santé assument déjà une part des dépenses de transports sanitaires non-urgents : certains transports inter-établissements provisoires et l'ensemble des transports internes. Bien qu'inférieure aux dépenses de l'Assurance Maladie, la part des dépenses de transports sanitaires à charge des établissements de santé n'est pas négligeable. Elle est difficile à évaluer au niveau national n'étant pas identifiée dans les agrégats de dépenses comme la CSBM. Ces transports à charge des établissements de santé sont considérés comme une composante de l'hospitalisation.

Les transports sanitaires constituent en effet une organisation frontière entre le soin et la logistique. Ils sont avant tout un élément de la prise en charge médicale et soignante comme le définit le code de la Santé Publique qui entend les transports sanitaires urgents et non-urgents comme « tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet »³.

Toutefois par la nature de l'activité de transport, ils sont aussi une composante de l'organisation logistique. Pour les sociétés de transports sanitaires comme pour les

¹ Données de la DREES sur la période 2006-2016 et incluant les transports sanitaires urgents et non urgents, rapportées dans *Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires*, 2016, p. 4

² *Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires*, 2016, p. 1

³ Article L6312-1 du Code de la Santé Publique

établissements de santé, la gestion de cette organisation est une gestion de flux souvent confiée à des responsables logistiques. L'organisation des transports sanitaires qui se structure généralement autour de plateformes de régulation peut ainsi être comparée à d'autres secteurs d'activité : transports routiers, aéroportuaires...

Les transports sanitaires sont aussi un pont entre la structure de soins et le domicile, entre la ville et l'hôpital. Le transport sanitaire est ainsi un des aspects perceptibles et matériels de l'organisation en réseau des soins et de la mise en œuvre de parcours. Les transporteurs peuvent aussi être les vecteurs des premières informations médicales et administratives du patient. Pour les patients, les ambulanciers sont souvent le premier contact avec les professionnels de santé. Que le transport soit réalisé par du personnel hospitalier ou des sociétés privées, qu'il soit à la charge de l'établissement ou de la sécurité sociale, les transports sanitaires font partie pour les patients du séjour hospitalier, de l'expérience hospitalière. Ils contribuent à l'image et la perception de la qualité de la prise en charge par le patient.

A l'heure où les prises en charge en ambulatoire, la réduction des durées de séjour, la structuration de parcours gradués de soins sont intrinsèquement liées à une plus forte mobilité des patients, les transports sanitaires non-urgents sont un enjeu d'efficience et de qualité de la prise en charge pour les établissements de soins. La question des transports sanitaires à l'hôpital ne peut être limitée à la question des transports à charge de l'établissement. De plus, les évolutions législatives comme l'article 80 de la LFSS estompent la frontière entre transports sanitaires de ville et hospitaliers et poussent les hôpitaux à considérer la question des transports sanitaires dans sa globalité sans distinction de l'organisme payeur.

Les hôpitaux sont ainsi confrontés au défi de concilier la maîtrise des dépenses de transports sanitaires et la qualité de la prise en charge. Ce défi est rendu particulièrement complexe car les organisations de transports sanitaires sont largement extérieures à l'hôpital et dépendent d'un grand nombre d'acteurs :

- l'ARS et la CPAM pour le pilotage la régulation et le contrôle de l'offre
- des sociétés extérieures de transports relevant de réglementations différentes : les taxis, les sociétés privés de transports sanitaires

Les transports urgents font l'objet de financements et d'une régulation spécifique. De ce fait, ils ne sont pas inclus dans le périmètre de l'étude. Il sera entendu par transports sanitaires, les transports sanitaires non-urgents.

Dans cet environnement complexe et fortement réglementé, quels sont les moyens dont dispose l'hôpital pour maîtriser les dépenses de transports sanitaires qu'il génère ? L'hôpital peut-il durablement concilier la maîtrise des dépenses de transports sanitaires avec le développement des parcours de soins gradués et les prises en charge ambulatoires ?

Méthodologie

Pour répondre aux questions posées, ce mémoire procède en trois temps :

- Tout d'abord, il rappelle le contexte économique et réglementaire des transports sanitaires et les principaux obstacles à la maîtrise des dépenses à l'échelle nationale comme locale.
- Dans un deuxième temps, il retrace la méthode déployée au CH4V et les principales actions mises en œuvre pour maîtrise à court et moyen termes les dépenses de transports
- Enfin, il s'appuie sur l'expérience du projet conduit aux CH4V pour identifier les facteurs de réussite, les limites et les perspectives des stratégies d'optimisation des transports sanitaires dans un but de maîtrise des dépenses.

Ce mémoire s'appuie donc sur le projet initié au Centre Hospitalier des Quatre Villes dans les Hauts de Seine. Au travers de ce travail, de nombreux entretiens non formalisés et inhérents à la conduite du projet ont été conduits avec : les services prescripteurs et utilisateurs des transports sanitaires, des gérants des sociétés de transports sanitaires, des représentants des compagnies de taxis, des représentants des usagers de la commission des usagers, les responsables logistiques et achats de l'établissement.

De plus dans le cadre de l'élaboration du plan d'action, j'ai pu comparer plusieurs organisations grâce à des entretiens téléphoniques avec :

- Anne Gerbeau, ingénieur logistique du CHU de Rennes
- Rachael Juif-Arenillas, directrice des affaires financières du CH de Fréjus
- Estelle Rayne, directrice des affaires financières et du système d'information du CH d'Ales

Afin de mieux comprendre le contexte régional et national, des entretiens formalisés ont été conduits avec :

- Jacky Le Dauphin, représentant établissement spécialisé sur les transports sanitaires à la CPAM 92
- Emmanuel Goupy, chef de projet au Département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS Ile de France

- Thierry Schiffano, Responsable du pôle logistique de la Fédération nationale des transports sanitaires, ancien président de la Fédération nationale des transports sanitaires, directeur technique de Santé Mobilité Services

Ce travail retrace un projet initié en janvier 2018 et qui ne s'achèvera pas avant juillet 2019. A ce stade il n'est donc pas possible d'évaluer l'efficacité du dispositif. Le principal objectif est donc d'exposer une méthode basée sur un retour d'expérience et d'identifier des pistes d'optimisation qui pourraient être mises en place dans d'autres établissements.

Préambule : Glossaire et repères sur les transports sanitaires

Petit glossaire des transports sanitaires

La variété des modes de transports et des types de prise en charge rend nécessaire l'utilisation d'un vocabulaire spécifique.

- **Les transports primaires** : transport du patient du lieu de prise en charge jusqu'à l'établissement de santé où son admission en hospitalisation est prononcée.
- **Les transports intrahospitaliers** : il s'agit des transports au sein de la même entité juridique cela comprend notamment les **transports intersites** et le **brancardage**.
- **Les transports secondaires** qui correspondent aux transports depuis un établissement de santé. Cette catégorie regroupe notamment :
 - o les transports entre deux établissements de santé pour **transfert provisoire** aussi appelé transfert de moins de 48h
 - o les transports entre deux établissements de santé pour **transfert définitif** aussi appelé transferts de plus de 48h
 - o les **retours à domicile**
- **Les transports professionnalisés assis** : transports assis pouvant être réalisés en taxi conventionné ou en véhicule sanitaire léger par opposition aux transports en ambulance.
- **Les transports assis partagés** : transports assis assurant la prise en charge de 2 ou 3 patients simultanément.
- **Les transports itératifs** : transports répétés dans le cadre d'une même prise en charge (exemple séances de dialyse, de radiothérapie de chimiothérapie)
- **Le bon économat ou bon de transport** sont les termes couramment employés pour désigner le bon de commande utilisé au sein de l'établissement pour les transports à charge de l'établissement.

- Le CERFA est le terme utilisé pour désigner la **prescription médicale de transport** nécessaire à tout transport à charge de l'Assurance Maladie.

Quelques repères pour comprendre la dichotomie entre transports à charge de l'établissement de santé (TES) et transports à charge de l'Assurance Maladie (TAM)

	TAM	TES
Principaux types de transports concernés au 1^{er} août 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Transports primaires - Retour à domicile - Transferts définitifs - Transports réalisés dans le cadre de séances itératives 	<ul style="list-style-type: none"> - Transports intrahospitaliers - Transports provisoires (hors séance itératives)
Document justifiant la commande de transports sanitaires	Une prescription médicale de transports est obligatoire et spécifie les modalités du transports (assis, en ambulance...)	Le transport fait partie de la prise en charge médicale et soignante. Une prescription médicale de transport n'est pas nécessaire. Un bon de commande spécifie les modalités du transport
Libre choix du patient et attribution du transport	Le patient est libre de choisir la société de transport qu'il souhaite. Si le patient n'exprime pas de libre choix, les sociétés de transports du territoire doivent être appelées à tour de rôle	Le patient n'est pas libre de choisir la société de transport. Le transport est attribué à la société prestataire de l'établissement
Régulation des tarifs et prestations	Les tarifs et prestations sont régulés sur la base des conventions nationales et locales entre les organismes d'Assurance Maladie et les représentants des transporteurs sanitaires	Les tarifs et prestations sont régulés par les documents constitutifs du marché public passé entre l'hôpital et la société de transports sanitaires titulaire du marché.

1 Les transports sanitaires : des dépenses en forte hausse, difficiles à maîtriser et dont une part croissante est à charge des établissements de santé

1.1 A l'échelle nationale, des dépenses à charge de l'assurance maladie en constante augmentation, portées par les prescriptions hospitalières et difficilement maîtrisées

1.1.1 Des évolutions des prises en charge, de l'état de santé de la population, et des règles tarifaires qui expliquent la hausse rapide des dépenses de transport sanitaire issues des prescriptions hospitalières

Les transports de malades représentent 2,4% du montant total de la consommation française de soins et de biens médicaux. Toutefois, cette dépense est extrêmement dynamique et augmente plus rapidement que l'ONDAM passant de 3,1 milliards de dépenses en 2006 à 4,8 milliards d'euros en 2016⁴. Les prescriptions hospitalières de transports sanitaires représentent 63% des montants remboursés par l'Assurance Maladie⁵.

Cette croissance des dépenses de transports sanitaires est due à de nombreux facteurs. Tout d'abord, la prévalence de certaines affections dans la population et leurs modalités de prise en charge expliquent une partie des dépenses. Les transports prescrits dans le cadre de prises en charge pour des affections de longue durée représentent 80% des montants à charge de l'assurance maladie. Les dépenses de transports sont ainsi portées par des patients atteints de maladies chroniques telles que le cancer (21% des dépenses), l'insuffisance rénale chronique (17%), ainsi que les pathologies cardiovasculaires (13%) et psychiatriques (11%). La forte prévalence de ces maladies dans la population française contribue à expliquer les montants consacrés aux transports sanitaires.

De plus l'évolution des modes de prises en charge sur ces pathologies peut être un facteur explicatif de la hausse des dépenses. Le développement des traitements ambulatoires tels que les séances de radiothérapie, séances de dialyse, les prises en charge en hôpital de jour fait augmenter significativement le nombre de trajets entre le domicile et la structure de soins.

⁴ Drees, Comptes nationaux de la santé 2016. Les chiffres de dépenses comprennent la part à charge de l'assurance maladie soit 93% de la dépenses et les dépenses à charge du patient pour les transports de l'enveloppe de ville.

⁵ *Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires*, avril 2016, p. 35

Des facteurs économiques tendent aussi à expliquer le dynamisme des dépenses. Depuis 2002, la convention nationale des transporteurs privés, conclue avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie qui régit notamment le montant des tarifs des transports sanitaires, a fait l'objet de 8 avenants. L'avenant N°7 de la convention signée en 2014 a notamment acté une revalorisation des tarifs des transports assis à la suite de la hausse de la TVA de 5,5% à 7%.

Enfin les modes de transports utilisés (ambulances, taxis et VSL) ont un impact différencié sur les dépenses de transports. Les ambulances représentent 42% des montants remboursés par la CNAM, les taxis 38% les VSL 20%. Les ambulances sont le mode de transport le plus cher. Ces différences de prix s'expliquent en partie par la structure des charges. La prise en charge d'un patient en ambulance nécessite la présence dans le véhicule de deux agents dont au moins un disposant d'un diplôme d'Etat d'ambulancier ou équivalent contrairement aux transports assis professionnalisés qui ne nécessitent la présence que d'une personne. Le véhicule et ses équipements embarqués sont aussi plus coûteux que pour les transports assis.

Les VSL et les taxis impactent aussi de manière différenciée l'évolution des dépenses de transports car les tarifs appliqués ne sont pas les mêmes. En moyenne, les taxis conventionnés sont plus chers que les VSL bien que des nuances doivent être apportées en fonction du kilométrage parcouru.

Tableau 1 : Coûts moyens d'un trajet en ambulance, en VSL ou en taxi. Source : CNAMTS, extrait de la Revue des dépenses de transports sanitaires, 2016

	Coût moyen du trajet en 2015
Ambulances	90,9€
VSL	32,8€
Taxis	48,9€

La croissance des dépenses de transports sanitaires repose ces dernières années sur le recours accru aux taxis. L'annexe 7 du PLFSS pour 2017 note que « ce sont les dépenses de taxis qui portent la croissance de ce poste malgré l'absence de revalorisation de leurs tarifs en 2016. »

1.1.2 Une régulation des transports sanitaires éclatée, rendant difficile la maîtrise des dépenses

L'une des difficultés principales pour maîtriser les dépenses de transport sanitaire tient au nombre important d'acteurs qui interviennent dans la régulation de ce secteur.

Comme le souligne le rapport « Revue de dépenses relatives aux transports sanitaires » publié en 2016, aucun acteur ne dispose d'une vision globale ce qui freine l'efficacité des mesures locales et nationales⁶.

a) Les deux structures de régulation principales : l'ARS et l'Assurance Maladie

L'ARS a un rôle de régulateur du parc sanitaire. Elle est en charge d'agréer les sociétés de transports de transports sanitaires lors de leur création ou de leur reprise. Elle délivre des autorisations de mise en service de véhicule pour chaque VSL et ambulances. Ces autorisations sont contingentées sur le territoire afin de maîtriser l'offre. Elle a sa charge l'instruction des plaintes et réclamations des usagers ainsi que le contrôle et le respect des dispositions réglementaires par les sociétés de transports sanitaires. De plus, elle héberge le sous-comité des transports sanitaires, organisme paritaire, qui rend des avis relatifs au retrait ou à la suspension des agréments.

La CPAM gère le conventionnement des entreprises de transports sanitaires. Elle peut négocier des conventions locales avec les représentants des transporteurs définissant les modalités tarifaires applicables sur le département ou encore le périmètre des prestations inclus dans les tarifs. Elle organise des contrôles relatifs aux respects de ces conventions.

Il y a ainsi deux systèmes parallèles de régulation et de contrôle qui aboutissent à de nombreux dysfonctionnements. Sur le plan du contrôle, la CPAM n'est pas membre de droit du sous-comité des transports sanitaires or de nombreuses infractions nécessitent l'action conjointe de la CPAM et l'ARS. Quelques contrôles conjoints sont organisés mais ils sont très difficiles à mener. Il n'existe pas de calendrier commun ni de structure de concertation commune.

b) Des bases tarifaires qui diffèrent pour un même type de transport

Un autre point d'achoppement pour le pilotage des dépenses repose sur l'existence de tarifs distincts pour le même type de transports ; les transports professionnalisés assis. Les tarifs des taxis conventionnés sont établis sur la base des tarifs taxis établis par la préfecture tandis que ceux des VSL sont établis lors des négociations de la convention nationale des transporteurs privés.

⁶ *Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires*, 2016, p. 1

1.2 Pour maîtriser la hausse des dépenses de transports, des transformations du système réglementaire qui auront un impact significatif sur l'enveloppe hospitalière

1.2.1 Le volet additionnel transports sanitaires du CAQES : un dispositif contractuel avec des mécanismes renforcés de sanction/incitation depuis janvier 2018

Une des solutions apportées pour améliorer la maîtrise des dépenses de transports sanitaires à charge de l'Assurance Maladie est l'instauration de contrat entre les prescripteurs et les payeurs. Les transports sanitaires font ainsi partie depuis 2009 des Contrats d'Amélioration de la Qualité de l'Offre de Soins (CAQOS) qui ont été remplacés depuis le 1^{er} janvier 2018 par les Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins (CAQES). Ces contrats sont tripartites et sont conclus avec les établissements, l'ARS et la CPAM. L'établissement s'engage à mettre en œuvre un certain nombre d'actions pour maîtriser le taux d'évolution des dépenses de transports. En échange, l'ARS et la CPAM s'engagent à accompagner l'établissement dans la mise en œuvre des actions. Cet accompagnement comprend généralement un suivi régulier des dépenses avec la transmission de suivis statistiques par la CPAM, une participation à des actions de sensibilisation auprès des prescripteurs, la mise à disposition de supports de communication.

Le volet additionnel relatif aux transports sanitaires est ajouté au CAQES pour les établissements ayant une évolution de dépenses de TAM supérieure à un objectif cible national (2,2% en 2017). Si le CAQOS prévoyait déjà des mécanismes de sanction et d'incitation, le CAQES est devenu encore plus contraignant pour les établissements de santé. Les établissements ont signé les CAQES établis par les autorités de tutelles dans un délai très court fin 2017 sous peine de sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Bien que le CAQES conserve sa dimension contractuelle dans la forme, en pratique les établissements ne pouvaient pas refuser les objectifs fixés par l'ARS.

Le volet additionnel relatif aux transports sanitaires comprend deux éléments :

- L'objectif d'évolution de dépenses
- Un plan d'actions qui répertorie une dizaine d'actions avec des indicateurs associés permettant aux autorités de tutelles d'évaluer le degré de mise en œuvre du plan. Chaque action est pondérée. Cette pondération module le montant des sanctions ou des intéressements pouvant être appliqués. Les actions portent pour

la plupart sur la sensibilisation des prescripteurs et des usagers, la diffusion des supports réalisés par la CPAM. Une action se distingue et est plus contraignante pour les établissements car elle impose de « rationaliser le circuit de commande au sein de l'établissement ».

Les mécanismes d'incitation et de sanction ont aussi été renforcés et systématisés par le CAQES. Ils s'appliquent en fonction du taux d'évolution nationale fixé par arrêté annuel.

Sanctions financières : « En cas de non-atteinte de l'objectif et de non mise en œuvre du plan d'actions, l'établissement est passible d'une sanction financière correspondant à un maximum de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an. »

Intéressement : « En cas d'atteinte de l'objectif et mise en œuvre du plan d'actions, l'établissement est éligible à un intéressement correspondant au maximum à 30% de l'économie réalisée (montant des dépenses cibles – montants des dépenses observées).⁷

Si la mise en œuvre des mécanismes de sanction et d'intéressement a été repoussée à 2019, les CAQES traduisent la volonté de responsabiliser par des mécanismes financiers les établissements de soins quant aux prescriptions de transports à charge de l'assurance maladie. Le nouveau CAQES devrait avoir un impact significatif sur les budgets de transports sanitaires des établissements.

1.2.2 L'entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2018 de l'article 80 de la LFSS pour 2017 : le transfert d'une partie des dépenses de transports sanitaires de l'ONDAM de ville vers l'enveloppe hospitalière

a) L'article 80 de la LFSS 2017 transforme les règles de prise en charge des dépenses de transports

Un guide de prise en charge des frais de transports sanitaires de 2013 avait clarifié les transports à charge de l'assurance maladie et ceux à charge des hôpitaux. L'article 80 de la loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2017 et applicable au 1^{er} octobre 2018 remet en cause ce découpage⁸. Une partie des transports aujourd'hui à charge de l'Assurance Maladie est transférée aux hôpitaux. Il s'agit principalement des transferts définitifs entre deux établissements MCO-PSY-SSR et des transferts provisoires pour la réalisation de soins itératifs de dialyse, chimiothérapie, radiothérapie (hors ville). Le principe

⁷ Extrait du CAQES conclu par le CH4V

⁸ Voir tableau de comparaison des dispositions réglementaires telles que prévues par le guide de 2013 avec les dispositions de l'article 80. Annexe 1

est le transfert sur les budgets hospitaliers de tous les transports inter-établissements qu'ils soient provisoires ou définitifs, exception faite des transports sanitaires suivants :

- Les transports réalisés entre 2 établissements en avion ou en bateau
- Les transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale d'urgence
- Les transports de patients non hospitalisés
- Les transports réalisés par le SMUR
- Les transports prescrits par une structure d'HAD (sauf exception)
- Les transports depuis ou vers un EHPAD sauf exception
- Les transports depuis ou vers une USLD sauf exception
- Les transports provisoires pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral

Si par principe l'établissement à l'origine de la prescription prend en charge ces transports, l'article 80 introduit deux exceptions :

- Transfert provisoire entre 2 établissements pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou de radiothérapie : l'établissement responsable de la prescription et de la commande est l'établissement vers lequel le patient est envoyé.
- Transfert provisoire entre 2 établissements relevant de champs d'activité différents pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation (PIA séjour) : l'établissement responsable de la prescription et de la commande est l'établissement vers lequel le patient est envoyé (ex : un établissement SSR vers un établissement MCO)

Le PLFSS pour 2018 prévoit ainsi que l'ONDAM hospitalier intègre, à compter du 1er octobre 2018, 37,5 M€ de dépenses de transports sanitaires inter établissements auparavant comptabilisées dans l'ONDAM soins de ville⁹. Ce transfert est en partie compensé par la mise en place de suppléments forfaitaires versés par l'Assurance Maladie :

- Le TDE est un forfait dont le montant a été fixé à 121.69 € pour les transferts définitifs entre deux entités géographiques ou juridiques distinctes¹⁰
- Le TSE est un forfait dont le montant a été fixé à 144.20 € (TSE) pour les transferts provisoires en lien avec des prestations inter-établissement réalisées entre deux établissements ou des prestations inter activités¹¹

⁹ LFSS pour 2018, annexe 7

¹⁰ ATIH, Notice Technique n° CIM-MF-195-4-2018 du 11 avril 2018, « Campagne tarifaire et budgétaire 2018 Nouveautés « financement »

¹¹ *ibid.*

b) *L'article 80 : quel impact financier pour les établissements ?*

La mise en œuvre de l'article 80 pose de nombreuses difficultés tant organisationnelles que financières. Si le principe général semble simple « tous les transferts inter-établissement sont à la charge de l'établissement à l'origine de la prescription », les nombreuses exceptions complexifient les règles de prescriptions et les rendent difficilement compréhensibles par le personnel hospitalier et les sociétés d'ambulance. Il n'est pas certain que les supports d'aide à la prescription tel que le dépliant « aide à la prescription MCO-SSR et PSY » proposé par le Ministère ainsi que la note d'information du 19 mars 2018¹² suffisent à éclairer pour le choix entre « Cerfa » ou « bon économat ». Les médecins du CH4V à qui les supports d'aide à la prescription ont été présentés en CME par le représentant de la CPAM ont exprimés leur désarroi pour appliquer ces nouvelles règles.

Sur le plan financiers, les conséquences de l'article 80 sont très difficiles à évaluer tant en volume qu'en dépenses. La CPAM n'a pas établi une estimation par établissement du volume de transports relevant de l'article 80. L'AP-HP envisage une augmentation de 15 à 40% des transports réalisés en marché¹³. Au CH4V, les hypothèses de calcul de l'EPRD reposent sur une augmentation de 20% du volume de transports en marché ce qui équivaut à environ 700 trajets supplémentaires. Les résultats des audits quantitatifs corroborent cette estimation¹⁴.

L'impact sur les dépenses de l'article 80 risque d'être très différent d'un établissement à l'autre en fonction de l'implantation géographique de l'hôpital, de la distance moyenne des transferts inter-établissements ou encore des secteurs d'activité. Par exemple, en région parisienne les forfaits TDE ne compensent jamais le coût des transferts en tarifs nuit ou weekend. Ils ne compensent pas non plus le coût¹⁵ des trajets en ambulance de jour en semaine de plus de 16 km. La distance de 16 km peut facilement être atteinte notamment pour rejoindre des structures d'aval. En zone rurale, les tarifs conventionnés sont légèrement plus bas¹⁶ mais les distances moyennes significativement plus élevées rendant le montant des forfaits souvent inférieurs aux coûts réels. Cette réforme amène les établissements à intégrer dans la construction des parcours de soins gradués une logique de coût de transports. Cette réforme pourrait conduire les établissements à freiner certaines

¹² NOTE D'INFORMATION N° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017

¹³ Article 2.3 du règlement de la consultation du dossier de consultations des entreprises de l'AP-HP

¹⁴ L'audit quantitatif réalisé du 2 au 9 juillet indique que 12 transferts définitifs en dehors du CH4V ont été réalisés soit 624 par an. Cet audit n'inclut pas le service de chirurgie, ni le service d'UHCD, ni le service de dialyse qui sont des services générant potentiellement des transports relevant du périmètre de l'article 80. En intégrant ces services, l'estimation du nombre de TES supplémentaires est de 700.

¹⁵ Calcul réalisé à partir des tarifs conventionnés de l'Assurance Maladie en vigueur au 1^{er} août 2018

¹⁶ Cette différence s'explique par des tarifs de prise en charge du patient plus élevés en zone urbaine qu'en zone rurale

coopérations même dans le cadre des projets médicaux partagés de GHT du fait des surcoûts de transports qui devront être amortis sur les GHS.

Toutefois, l'impact financier n'est pas systématiquement déficitaire et peut même permettre de limiter les dépenses existantes à charge de l'établissement. En effet, les forfaits TSE et TDE s'appliquent pour tous les transports entre deux entités géographiques distinctes. Les transports intersites définitifs ou pour des séances itératives aujourd'hui intégralement pris en charge par l'établissement seront compensés par des suppléments TSE et TDE.

Les établissements ne sont pas forcément en capacité technique de recueillir les informations nécessaires pour le versement par l'Assurance Maladie des suppléments TSE et TDE. Ces informations seront à transmettre par Fichcomp aux Caisses d'Assurance mais le recueil des informations n'est pas prévu ni automatisé dans la gestion du dossier patient informatisé.

Evaluation de l'impact financier de l'article 80 pour le CH4V

En posant l'hypothèse que le coût moyen des transports relevant de l'article 80 est égal au coût moyen des transports réalisés par la CPAM, on peut évaluer les gains et les pertes par type de transport. L'hypothèse est toutefois forte car les distances et donc les coûts des transferts inter établissements peuvent être très différents des coûts de retour à domicile.

Au CH4V le coût moyen d'un transport en ambulance à charge de la CPAM est de 102€ aller ce qui laisse présager que le forfait TDE couvrira plus que les dépenses de transports.

$$121,69 - 102 = 19,69$$

Le forfait TSE est alloué pour un aller – retour et donc ne couvrira pas le montant du trajet :

$$144,20 - (102 \times 2) = - 59,8€$$

1.3 Un pilotage des dépenses particulièrement difficile dans les Hauts de Seine et pour le CH4V

1.3.1 Un déficit d'offre de transports sanitaires dans les Hauts-de-Seine et une situation particulièrement tendue sur l'offre de transports assis

Les Hauts-de-Seine sont le département avec la plus faible densité de véhicules par habitant (VSL, taxis et ambulances confondus) : 2,2 véhicules pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 9¹⁷. La demande en transports sanitaires est comblée par des véhicules provenant des départements limitrophes.

¹⁷ *Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires*, 2016, p. 1

a) *Une offre de VSL très faible sur le territoire....*

L'Ile de France est aussi marquée par une répartition déséquilibrée des autorisations de véhicules : il n'y a que 28% de VSL contre 72% d'ambulances¹⁸. Cette situation est encore plus détériorée dans le département des Hauts-de-Seine où les VSL ne représentent que 20% de l'offre¹⁹.

Cette balance défavorable a des fondements historiques. Jusqu'en 2015, les sociétés de transports sanitaires pouvaient convertir les autorisations de mise en service de VSL après un an de détention en autorisation pour une ambulance. Ces pratiques étaient très répandues du fait de la faible rentabilité des VSL. En effet, les tarifs des VSL sont modulés uniquement sur la distance parcourue et n'intègrent pas la durée de la course. En région parisienne, le fort encombrement des voies d'accès à l'hôpital aux heures de pointe (7h-9h30 et 17h-20h) rend les tarifs des VSL très peu attractifs. Lors des entretiens réalisés avec les sociétés de transports sanitaires, les gérants expliquent que les VSL sont systématiquement déficitaires mais qu'ils maintiennent ce type de véhicules pour remporter des appels d'offre. La marge brute des VSL est de 7% en moyenne en France et la marge nette est déficitaire²⁰. Cette situation est encore plus dégradée en Ile de France du fait du rapport défavorable entre le temps de trajet et la distance.

b) *....compensée par les taxis conventionnés du fait de tarifs plus avantageux*

Les taxis conventionnés sont très nombreux sur le territoire d'Ile de France (3600). Les tarifs des taxis sont plus attractifs car ils intègrent 3 composantes : prise en charge, indemnité kilométrique, heure d'attente ou de marche lente. Ces tarifs sont par ailleurs modulés à la hausse pour les trajets dans Paris intramuros.

Si en moyenne sur le territoire national, les tarifs des taxis sont entre 25% et 30% plus élevés que les tarifs des VSL, ils sont plus de 50% plus élevés si l'on compare le coût moyen à l'échelle du CH4V. Cela peut s'expliquer par la distance des trajets mais surtout par les grilles tarifaires des taxis qui comprennent une dimension relative au temps de trajet.

Tableau 2 : Coûts moyens d'un trajet en ambulance, en VSL ou en taxi pour le CH4V. Source : CPAM 92

Coût moyen d'un transport en ambulance	102 €
Coût moyen d'un transport en taxi	73 €
Coût moyen d'un transport en VSL	30€

¹⁸ Informations recueillies lors de l'entretien avec Emmanuel Goupy, ARS Ile de France

¹⁹ Informations recueillies lors de l'entretien avec Emmanuel Goupy, ARS Ile de France

²⁰ Informations recueillies lors de l'entretien avec Thierry Schiffano, FNTS

1.3.2 Dans ce contexte, le CH4V peine à maîtriser les dépenses de transports sanitaires qu'elles soient à sa charge ou à la charge de l'assurance maladie.

Les dépenses de transports sanitaires à charge de l'Assurance Maladie comme de l'hôpital sont en forte progression.

Tableau 3 : Evolution des dépenses de TES et TAM du CH4V entre 2015 et 2017

	2015	2016	Variations 15-16	2017	Variations 16-17
TAM	1 362 454 €	1 461 512 €	+ 7 %	1 545 112 €	+ 5,7 %
TES hors SMUR	393 429 €	442 915 €	+ 11%	445 409 €	+ 1%

L'augmentation du montant des TAM prescrits par le CH4V est supérieure de 3 points par rapport aux établissements de la catégorie du CH4V. Toutefois si l'on compare le nombre de patients transportés entre 2016 et 2017, celui-ci stagne et est même inférieur à l'augmentation d'activité de l'établissement.

La hausse des dépenses de transports sanitaires, en particulier pour les TAM, est principalement due au recours de plus en plus important à l'ambulance. Les TAM en ambulance ont en effet augmenté de 12% et représentent plus de 80% des montants de dépenses. La situation est similaire pour les transports à charge de l'établissement (80% de transports en ambulance et 20% de transports assis). Le CH4V ne dispose pas de véhicules internes pour le transport de patients. Les TES sont entièrement externalisés.

De plus, le positionnement géographique du CH4V ne facilite pas le pilotage des dépenses à sa charge et à la charge de l'Assurance Maladie. Concernant les dépenses à charge de l'assurance maladie, le CH4V se situe à moins de 5 kilomètres du département de Paris et du département des Yvelines. Les départements de l'Essonne, Val de Marne, Val d'Oise et Seine Saint Denis se situent tous à moins de 20 kilomètres. Cette situation complique le pilotage des dépenses et la lisibilité des tarifs. A titre d'exemple, le CH4V dépend de la CPAM du 92 mais un certain nombre de compagnies travaillant avec l'établissement dépendent d'autres CPAM. Chaque CPAM peut conclure des conventions locales. Ainsi une entreprise de transports sanitaires basée dans les Yvelines facture les transports sanitaires sur la base d'un accord local qui renforce les majorations kilométriques pour courte distance.

Profil du CH4V

Le CH4V est un établissement avec une offre de **soins de proximité** de 600 lits et places, un chiffre d'affaire annuel d'environ 95 millions d'euros. Il est établissement support du GHT 92. Il est composé de 3 sites répartis sur trois communes : Sèvres, Saint Cloud. Cet établissement est issu de la fusion du centre hospitalier de Saint Cloud et du centre Intercommunal de Sèvres, Ville d'Avray et Chaville.

Le site MCO de Saint Cloud regroupe le plateau technique avec 6 salles blocs opératoires, une maternité 2A réalisant plus de 3000 accouchements par an, un centre de dialyse avec 16 générateurs, un service de médecine, des urgences avec 22 000 passages par an et un plateau de consultations réalisant la majorité des 106 200 consultations annuelles. Un groupement d'intérêt économique gérant le centre d'imagerie équipé d'un 1 scanner, 1 IRM.

Le **site MCO, SSR et EHPAD de Sèvres** regroupe un service de médecine, une filière complète de prise en charge addictologique, une filière gériatrique complète avec notamment un service de médecine gériatrique, un SRR gériatrique de 50 lits.

Le site EHPAD et USLD de Lelégard à Saint Cloud regroupant 2 résidences et une unité de long séjour.

Distances entre les sites :

- Sèvres – Saint Cloud : 5 km
- Saint Cloud – Lelégard : 2 km
- Sèvres – Lelégard : 4 km

2 Neutraliser l'impact financier des reformes en optimisant les transports sanitaires : une démarche entreprise au CH4V qui s'appuie sur un diagnostic approfondi permettant d'identifier des leviers d'efficience

2.1 Un projet basé sur des objectifs nationaux et une méthode définie à partir des recommandations de l'ANAP

2.1.1 Un projet qui poursuit des objectifs de maîtrise des dépenses et d'amélioration de la qualité

Le travail engagé sur les transports sanitaires poursuit deux types d'objectifs qui ont été fixés au début du projet par la Directrice Achat Travaux et Logistique :

- Objectifs financiers :
 - o Conformément au volet additionnel transport du CAQES entre le CH4V et les autorités de tutelle : réduire l'évolution des dépenses de transports sanitaires à charge de l'assurance maladie à 2,2% d'ici fin 2019
 - o Maintenir le budget des transports sanitaires à charge de l'hôpital constant entre 2017 et 2019 malgré la mise en œuvre de l'article 80
 - o Diminuer progressivement les dépenses de transports sanitaires à charge de l'établissement à partir de 2019
- Objectifs qualité :
 - o Améliorer la qualité de la prise en charge des patients lors des transports sanitaires et notamment, réduire le nombre de retards
 - o Améliorer les relations avec les sociétés de transports sanitaires : réduire le nombre d'évènements indésirables signalant des situations conflictuelles entre les services et les ambulanciers

2.1.2 Une méthode qui s'appuie sur les recommandations de l'ANAP et s'adapte aux moyens du CH4V

- a) *Une méthode basée sur les recommandations de l'ANAP et qui tient compte des expériences précédentes conduites au CH4V en matière de transports sanitaires*

L'ANAP a publié en mai 2013 un guide « Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé » assorti d'un certains nombres d'outils : fichiers d'autodiagnostic « QuickEval », fiches actions.

La démarche du CH4V s'est inspirée des recommandations méthodologiques de l'ANAP et a adapté leurs mises en œuvre au contexte local et évolutions réglementaires. La méthode

s'est aussi nourrie des expériences passées. En effet, une démarche en partenariat avec l'ARS et la CPAM du 92 avait été initiée en 2016. L'ARS avait financé dans le cadre du CAQOS, un accompagnement pour déployer un logiciel développé par l'agence elle-même « Transport Manager ». Ce logiciel devait permettre de tracer et de suivre les commandes de transports mais il ne permettait pas de gérer la commande de transports. Les utilisateurs n'ont ainsi pas vu de bénéfices à l'utilisation de cet outil et ont très rapidement abandonné son utilisation. Les secrétaires médicales avaient évalué qu'il fallait 3 à 5 min pour remplir les champs demandés pour chaque transport sanitaire réalisé. Les démarches d'audit ainsi que la recherche d'actions d'amélioration ont tenu compte des difficultés rencontrées aux préalables et ont été élaborées en partenariat avec les utilisateurs (secrétaires médicales principalement) ou leurs responsables.

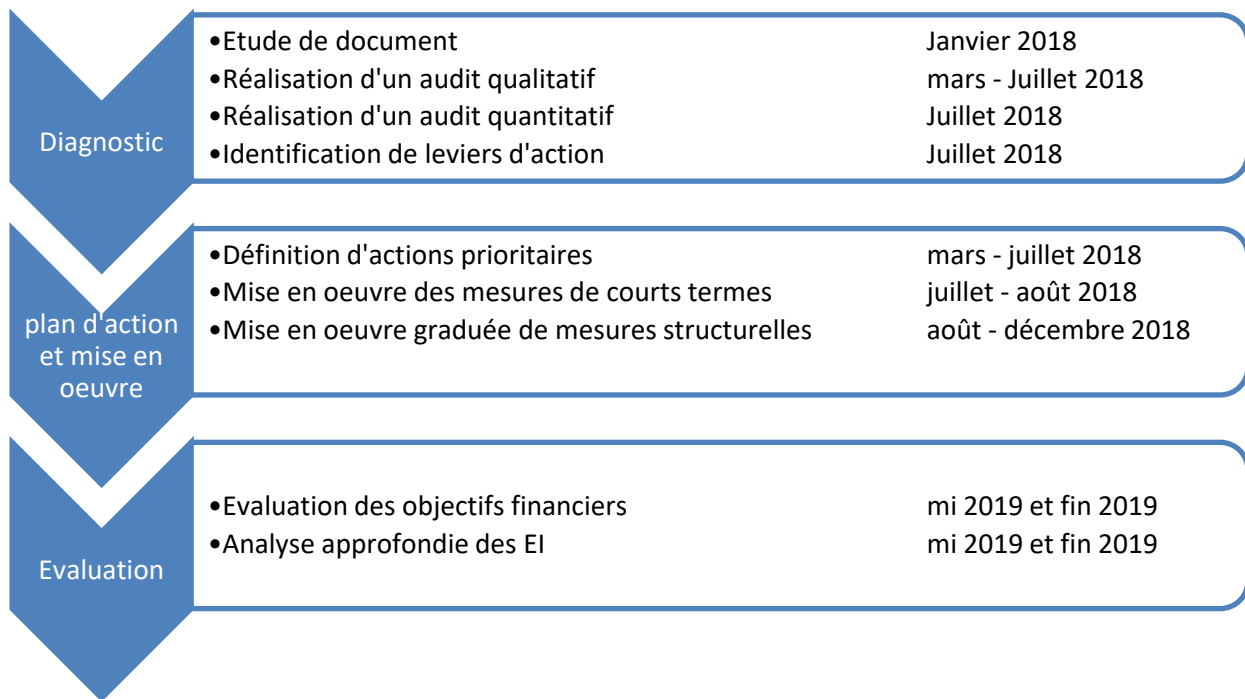
b) Organisation en mode « projet » et pilotage

Le pilotage du projet a été confié à l'élève directrice sous la supervision de la Directrice Achats Logistique et Travaux. Il a été présenté en instance. Si aucun comité de pilotage n'a été formellement mis en place, un certain nombre d'acteurs ont été associés depuis la phase de diagnostic et dans la mise en œuvre du projet :

- Le responsable achats et logistique
- La coordinatrice des secrétariats médicaux
- La responsable des systèmes d'information
- La directrice des finances et occasionnellement le département d'information médicale
- La directrice des soins

c) Un projet en 3 temps

Le projet a été conçu en 3 phases principales. Du fait de la mise en œuvre de l'article 80 et des objectifs du CAQES, le calendrier de réalisation du projet est contraint. Certaines actions prioritaires ont été « présélectionnées » avant la fin de la phase de diagnostic car elles étaient imposées par le CAQES (ex : la centralisation des commandes de transports) ou par des éléments réglementaires (date de non-reconduction des marchés publics). Toutefois les modalités de mise en œuvre et la sélection des outils dépendent entièrement de la phase de diagnostic.



s

2.2 La conduite d'un diagnostic qualitatif et quantitatif : une étape décisive pour identifier les leviers d'optimisation et bâtir un plan d'action

2.2.1 Proposition d'une méthode pour le diagnostic de l'organisation de la fonction « transports sanitaires »

La phase de diagnostic est un élément essentiel des recommandations méthodologiques de l'ANAP. Il poursuit plusieurs objectifs :

- Connaître les flux, les organisations et les pratiques relatifs aux transports sanitaires
- Identifier des pistes d'optimisation
- Partager avec les principaux acteurs les points forts et les points faibles de l'organisation et faciliter l'adhésion au changement

a) Etape 1 : définir le périmètre du diagnostic

Plus le périmètre de l'étude est large plus il y aura de leviers d'actions identifiables. Dans le cadre d'un projet visant à maîtriser les dépenses de l'établissement en transports sanitaires, l'étude doit englober les TES mais aussi les TAM qui peuvent avoir un impact financier non négligeable si l'établissement a signé ou doit signer un CAQES comprenant un volet additionnel transports sanitaires. Il est aussi important d'inclure les transports sanitaires réalisés par une flotte de véhicules internes à l'établissement. L'étude peut ainsi

permettre d'évaluer l'opportunité d'internaliser ou d'externaliser une partie des transports. Dans le cadre de l'étude réalisée au CH4V, les transports urgents n'ont pas été inclus car le circuit de commande de transports, la réglementation et les règles de prise en charge sont complètement différentes des transports non-urgents. Ce parti pris peut cependant être discuté.

b) Etape 2 : Etude de document

Les transports sanitaires forment un environnement complexe à cheval entre l'organisation interne de l'établissement et l'extérieur. L'étude préalable d'un certain nombre de documents permet d'appréhender les caractéristiques du territoire et de qualifier les spécificités du centre hospitalier en matière de transports sanitaires. Elle permet en même temps de cadrer la démarche d'audit.

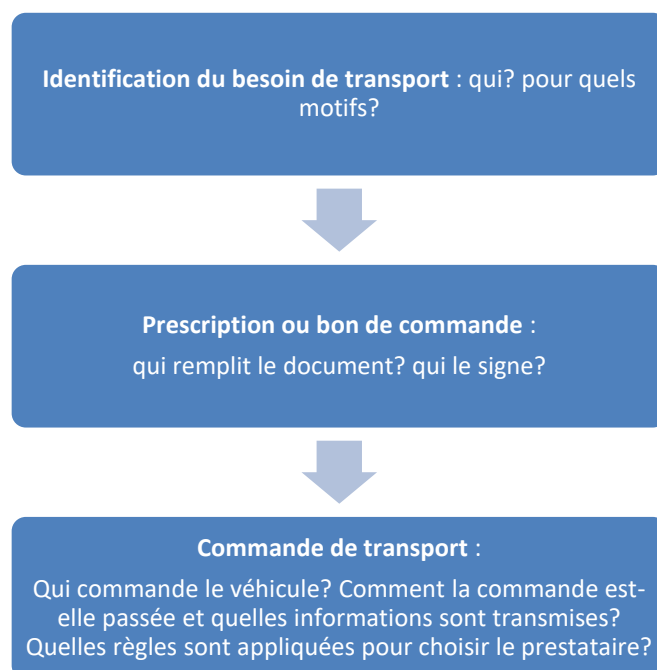
Liste non exhaustive des documents pouvant être étudiés

Document	Intérêt	Informations principales
Projet Régional de Santé	Connaissance des caractéristiques du territoire en matière de transport sanitaire	Fournit des informations relatives à l'offre de véhicules et ses évolutions
Conventions locales entre la CPAM et transporteurs	Connaissance des caractéristiques du territoire en matière de transport sanitaire	Fournit des informations relatives aux tarifs et contenu des prestations négociées localement. Des négociations locales sont courantes pour les taxis
Le profil de l'établissement transmis par la CNAM	Connaissance des volumes et dépenses des transports générés par l'établissement à charge de l'Assurance Maladie	Permet de suivre les TAM, la structure des dépenses par mode de transport et de comparer le profil de l'établissement à d'autres établissements similaires en France
Des documents de comptabilité analytique et de contrôle de gestion achats relatifs aux transports sanitaires	Connaissance des volumes et dépenses de transports à charge de l'établissement	Permet d'analyser par UF : les dépenses de transports à charge de l'établissement, les montants de dépenses par prestataire, et de calculer le coût de la fonction interne (si existante) de transports sanitaires
Les plaintes et événements indésirables	Connaissance de la qualité des prestations de transports	Permet d'analyser les principaux dysfonctionnements
Documents constitutifs du marché de transports sanitaires	Connaissance des prestations et tarifs contractualisés	
<i>Tout autre document permettant d'analyser les flux, l'organisation de la fonction transports sanitaires : extractions de logiciel métier de régulation, résultats d'audits antérieurs etc...</i>		

c) *Etape 3 : l'audit qualitatif des circuits de gestion des transports sanitaires*

L'objectif principal de l'audit qualitatif est de pouvoir définir le circuit de la commande des transports sanitaires, le déroulé type des transports (organisation de l'arrivée des transporteurs et départ).

Le circuit de la commande est souvent très hétérogène d'un service à l'autre, d'un mode de transport à l'autre (outils de commande des taxis différents des autres modes de transports, par exemple). Cet audit doit permettre de cartographier les différentes organisations et de mieux connaître les pratiques de chaque service :



L'audit est conduit par entretien auprès des personnes impliquées dans la prescription et la commande. Au CH4V, il s'agit principalement des secrétaires médicales et des médecins (internes et seniors). Dans certains services de l'établissement, les IDE gèrent la commande de transports. En fonction de l'organisation de l'hôpital, le standard, l'accueil, un plateau logistique centralisé ou encore la conciergerie peuvent aussi être impliqués dans l'audit. Lors de ces entretiens, le niveau de connaissance des acteurs sur des règles relatives aux transports sanitaires est évalué (règles de prise en charge, critères d'attribution des modes de transports, critères d'attribution des commandes...etc).

En lien avec le circuit de la commande, il est nécessaire d'étudier le circuit de la facturation auprès des gestionnaires achats : comment les factures sont-elles reçues et contrôlées ?

Le déroulé type du transport doit être établi lors des entretiens dans les services et peut être enrichi par des entretiens avec les transporteurs. Cette composante de l'audit vise à identifier notamment :

- Où le patient est pris en charge (dans le service, dans une zone d'attente) ?

- Quels documents sont transmis aux transporteurs (transmission du dossier patient, de lettre de liaison...etc) ?
- Quelles règles d'identitovigilance sont appliquées par le transporteur et le service ?
- Qui réalise l'admission du patient ?
- Qui récupère le bulletin de sortie ?
- Comment sont gérés les temps d'attente pour les transports aller-retour lors de consultations ?

Le choix d'un audit qualitatif externalisé au CH4V

L'établissement a fait le choix d'externaliser la réalisation de l'audit. Ce choix a été motivé par deux raisons principales :

- La présence d'un tiers permet des échanges plus libres (notamment sur des pratiques non-règlementaires pour les prescriptions ou commandes de transports)
- Cet audit a été intégré au projet de mise en place de plateforme centralisée de commande des transports sanitaires et sert de base aux paramétrages de l'outil

Toutefois, le contenu de l'audit (calendrier, grille d'entretien) a été défini conjointement avec le pilote et la responsable des secrétariats médicaux. Cette dernière a accompagné les auditeurs.

L'audit a duré 2 jours le 3 et 4 juillet 2018. Il a porté sur les services suivants :

- | | | | |
|------------------------|-------------------|----------------|-------------|
| - Dialyse | - Hôpital de Jour | - Accueil | - Chirurgie |
| - Admissions | - SSR | - Médecine | - EHPAD |
| - UHCD | - urgences | - Addictologie | - Imagerie |
| - Médecine Gériatrique | | - Conciergerie | |

La grille d'audit (propriété intellectuelle du prestataire), ne peut être fournie en annexe.

d) Etape 4 : le diagnostic quantitatif des volumes et des flux de transports sanitaires

Si l'établissement dispose d'un outil de suivi des commandes de transports, une étude des données suffit. Sinon un audit quantitatif par sondage sur une période réduite peut être mise en place. L'ANAP propose un outil de recueil de données « Quick Eval ». Le but de cet audit est de fournir des données chiffrées relatives :

- Profil des patients transportés : âge moyen, besoins spécifiques
- Organisation de la commande : délais d'anticipation, prestataire contacté
- Mode de transport : part des transports assis/ambulance
- Motifs du transport : transferts inter-établissement, retour à domicile...etc. Cette rubrique permet d'évaluer le nombre de transports concernés par l'article 80
- Type de prise en charge : part des TES/TAM

- Données relatives à la distance et la destination : type de structure de départ et d'arrivée, adresse de destination. A partir de ces données, il est possible de calculer les distances de transports.

Au CH4V : un audit quantitatif inspiré de QuickEval et adapté au contexte local

En concertation avec la responsable des secrétariats médicaux, le choix a été fait de ne pas diffuser en l'état l'outil QuickEval jugé trop chronophage. Les données principales de l'outil ont été reprises sur un seul fichier qui a été diffusé aux services. Le vocabulaire a aussi été adapté aux mots couramment utilisés dans les services. Le tableau d'audit utilisé est en annexe 2.

L'audit a été conduit pendant une semaine du 2 au 9 juillet 2018. Des feuilles d'audit ont été transmises aux secrétariats des services suivants :

- SSR
- Addictologie
- Médecine Saint Cloud
- Imagerie
- Médecine Sèvres
- Médecine Gériatrique

Ces services sont les principaux demandeurs de transports à charge de l'établissement. Ils ont été sélectionnés pour évaluer le périmètre de l'article 80. Le service des urgences-UHCD, les consultations et les EHPAD et l'USLD n'ont pas été inclus dans l'étude faute de moyen humain au moment de l'audit. Ces services génèrent principalement des transports à charge de l'assurance maladie. Des estimations des flux de dialyse et de chirurgie sont réalisés à partir d'autres sources de données. La dialyse dispose d'un tableau de suivi spécifique et la chirurgie est le seul service à avoir rempli systématiquement Transport Manager lors de son installation.

L'exploitation de cet audit quantitatif doit donc être prudente et permet de dégager des tendances. L'exhaustivité des données réaccueillies n'a pas été contrôlée. Certains items ont été interprétés différemment d'un service à l'autre. Au total 111 transports ont été renseignés.

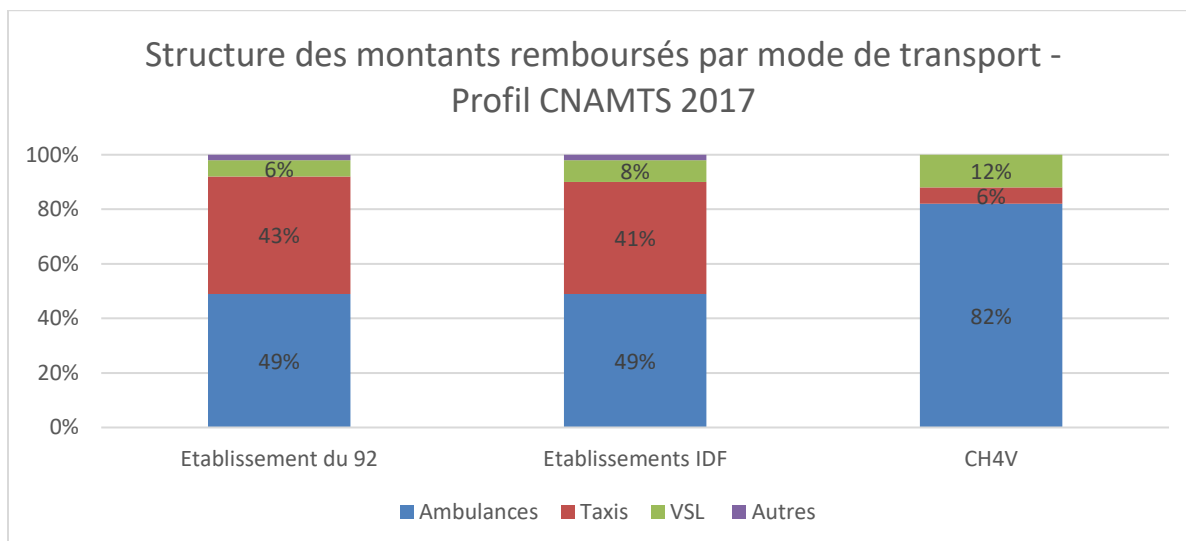
2.2.2 Un diagnostic au CH4V qui met en lumière des dysfonctionnements organisationnels impactant la qualité de la prise en charge et ayant des conséquences sur les dépenses de transports sanitaires

- a) *Un déficit de transports assis professionnalisés qui tend à systématiser la prescription d'ambulances*

Des prestations de taxis qui ne permettent pas de compenser le manque structurel de VSL

Si le nombre de VSL est particulièrement bas dans le département des Hauts-de-Seine, les établissements environnants compensent en ayant un recours accru aux taxis. Le CH4V ne réalise aucun TES et seulement 6% des TAM en taxis.

Cette situation est singulière par rapport aux autres établissements d'Ile de France et des Hauts-de-Seine.



Les entretiens avec les services ainsi qu'un représentant du principal groupement de taxis de la région ont permis d'identifier des causes à ce faible recours. Tout d'abord, si le profil des patients transportés en taxi et en VSL est en principe le même, le contenu de la prestation diffère en pratique. La convention entre la CPAM et les artisans taxis prévoit que la prestation comprend notamment « la prise en charge sur place » et « l'accueil (aide au déplacement, aide à l'installation et la sortie du véhicule) ». Ces dispositions relativement précises engendrent une différence de pratiques importante entre les VSL et les taxis conventionnés. Alors que les VSL prennent en charge le patient depuis le service jusqu'à l'installation à son domicile, les taxis conventionnés acceptent de prendre en charge les patients depuis l'entrée de l'hôpital jusque l'entrée du domicile.

Par ses activités (médecine, filière gériatrique complète), le CH4V a une patientèle plutôt âgée. Les patients ayant recours aux transports sanitaires ont en moyenne 75,5 ans et nécessitent une surveillance ou une aide au déplacement²¹. Ils ne peuvent pas attendre seuls l'arrivée du taxi dans le hall d'accueil de l'hôpital ni être déposés en bas de leur immeuble. Lors de la prescription de transports ou de la commande, les médecins et secrétaires médicales distinguent donc clairement les patients pouvant être transportés en taxi de ceux nécessitant un VSL.

Le nombre de patients pouvant avoir recours aux taxis semble ainsi relativement faible. Une expérience a été mise en place dans un service de médecine et sur le plateau des consultations et seule une vingtaine de patients par semaine ont recours aux taxis. Le patient est contraint d'attendre dans le hall de l'hôpital jusqu'à une heure l'arrivée du véhicule. De plus, les artisans taxis refusent régulièrement de prendre en charge certains

²¹ Résultats de l'audit quantitatif, annexe 3

patients jugés « trop lourds », les patients n'ayant pas de moyen de paiement ou d'attestation de droits.

Une situation qui tend à systématiser la prescription d'ambulance

Cette situation a des conséquences importantes sur les pratiques. Les entretiens avec les médecins et les secrétaires médicales font état d'une certaine lassitude. Lorsque les services ne parviennent pas à trouver un transport assis, les prescriptions ou bons de transport sont modifiés au profit du transport en ambulance. Certains services ne cherchent même plus à commander des transports assis et prescrivent systématiquement des ambulances. Les transports assis représentent environ 20% du volume des transports à charge de l'établissement²². Lors des entretiens, les médecins et secrétaires des services de médecine (médecine et médecine gériatrique) et de SSR parlent de 3 à 4 patients pour lesquels une ambulance seraient prescrite plutôt qu'un VSL par facilité. Le volume potentiel de transports assis à charge de l'établissement serait donc entre 30% et 35%.

Les services sont parfaitement conscients que le transport commandé n'est pas adapté. L'audit réalisé par un expert a d'ailleurs permis de montrer que la majorité des acteurs interrogés (médecins, secrétaires, paramédicaux) avaient une bonne connaissance du profil de patient pouvant bénéficier d'un transport assis. Toutefois, les difficultés pratiques pour obtenir un véhicule conduisent à modifier les prescriptions. Lors de l'audit quantitatif, un service a signalé devoir modifier le mode de transports prescrit afin de pouvoir trouver un véhicule.

Cette situation a des conséquences financières évidentes sur le budget des transports à charge de l'hôpital et à charge de l'assurance maladie. La conversion de 10% du volume de transports réalisés en ambulances à charge du CH4V en transports en VSL permettrait une économie de près de 15% sur le budget de transports sanitaires actuels de l'hôpital.

- b) Une gestion décentralisée des commandes de transports qui ne permet pas de pas de maîtriser les dépenses de transports*

Une organisation décentralisée des commandes de transports non contrôlée

Les commandes de transports sont intégralement gérées par les services de soins. Aux heures ouvrées, les secrétaires gèrent la commande des transports sanitaires. En dehors des heures ouvrées et dans un service spécifique, les IDE gèrent la commande des transports. L'organisation classique au sein de l'hôpital est la suivante :

²² Résultats de l'audit quantitatif, annexe 3

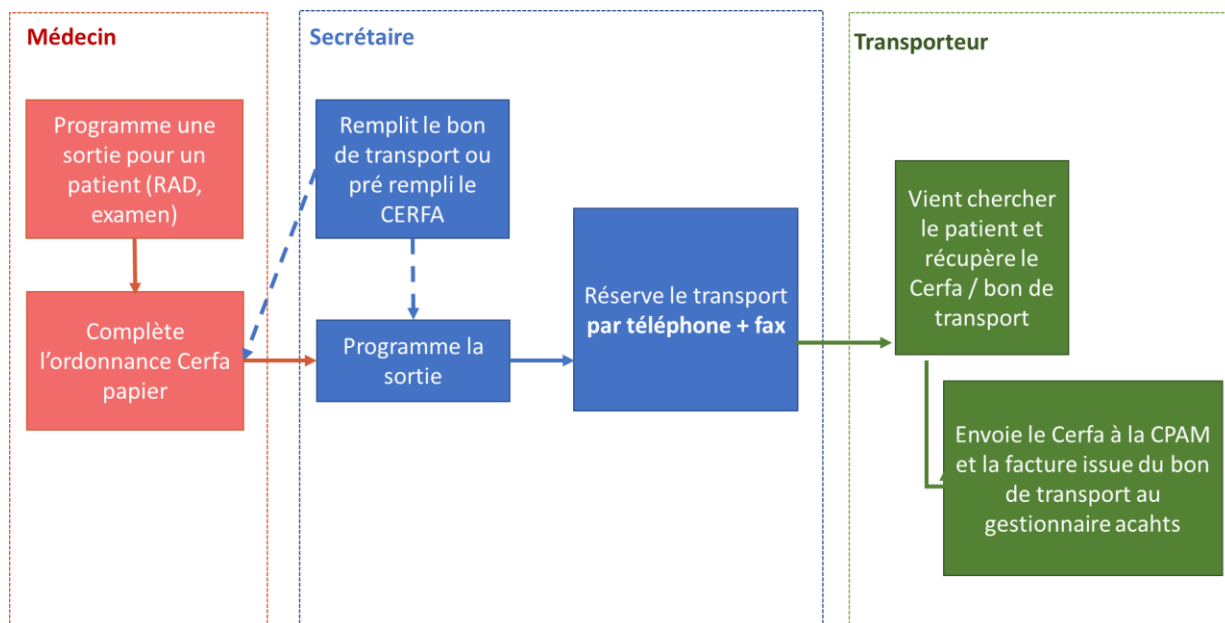


Figure 1 : schéma organisationnel majoritaire de la commande de transport au CH4V. Source : à partir des résultats de l'audit Adopale 2017

Cette organisation ne prévoit pas de traçabilité des prescriptions ou des commandes passées. L'hôpital ne peut notamment pas confronter les commandes aux factures transmises par les prestataires. Pendant une période, il a été demandé aux services de transmettre une copie des bons de transports aux gestionnaires de l'économat mais cette organisation chronophage a été abandonnée. Les bons ont peu à peu cessé d'être transmis, et l'hôpital se trouve en situation de payeur aveugle. Le simple traitement des factures transmises au fil de l'eau pour les transports à charge de l'hôpital occupe environ 15% du temps d'un gestionnaire.

Une part importante de transports hors marché et un risque de comportement clientéliste

L'absence de suivi des commandes induite par cette organisation a favorisé un recours important aux transports hors marché. Lors de l'audit réalisé, seul 30% des transports à charge de l'établissement ont été réalisés par des sociétés en marché. Ce chiffre est toutefois à nuancer puisque la principale société attributaire du marché a fait faillite au début de l'année 2018. Une note de service avait ainsi autorisé de passer des commandes à une société avec laquelle une convention temporaire avait été mise en place en attendant de relancer un appel d'offre. Toutefois même en prenant en compte cette société, 30% des commandes à charge de l'établissement restent réalisées hors marché ou convention. Cette situation a un coût significatif pour l'établissement (hausse prévisionnelle de 15% du budget transports sur les 6 premiers mois de 2018) car les trajets sont facturés aux tarifs conventionnés et non aux tarifs négociés.

De plus, l'analyse de l'audit révèle que les services ont l'habitude de contacter toujours la même société. Sur les 7 secrétaires concernées par l'audit, 5 commandent plus de 75% des transports au même prestataire (en marché ou non) qu'ils s'agissent de transports à

charge de l'établissement ou de transports à charge de l'assurance maladie. Des entretiens avec les secrétaires révèlent que le tour de rôle pour les transports à charge de l'assurance maladie n'est pas mis en œuvre. Les quelques secrétaires qui connaissent cette obligation réglementaire jugent cette procédure trop contraignante et au mieux alternent les commandes entre deux sociétés.

Dans cette situation, les secrétaires médicales sont en mesure de choisir la société de transport et sont donc la cible des approches commerciales et marketing : distribution de matériels de bureau avec le numéro de la société, demandes de transports acceptées en priorité, acceptation de demandes de transports sans l'envoi de fax....etc. Cette organisation induit ainsi un risque d'attitudes clientélistes allant à l'encontre des règles des marchés publics et de l'intérêt économique de l'hôpital.

c) *Une qualité de prestation insuffisante qui a des conséquences sur l'organisation des soins et l'image de l'hôpital*

Les transports sanitaires sont un motif régulier de signalement d'évènements indésirables. En 2016, 40% des signalements d'évènements indésirables relatifs à la logistique sont dus aux transports sanitaires. Le nombre de signalement diminue en 2017 ce que les services expliquent par une forme de lassitude. Ils ne signalent plus systématiquement les retards, annulations de dernière minute ou les modifications de prescriptions car ils ne parviennent pas à trouver de transports assis. Lors de l'audit réalisé pendant une semaine, sur 111 trajets renseignés, 19 ont un retard supérieur à 30 minutes et une prescription a dû être modifiée du fait de l'absence de transports assis disponible.

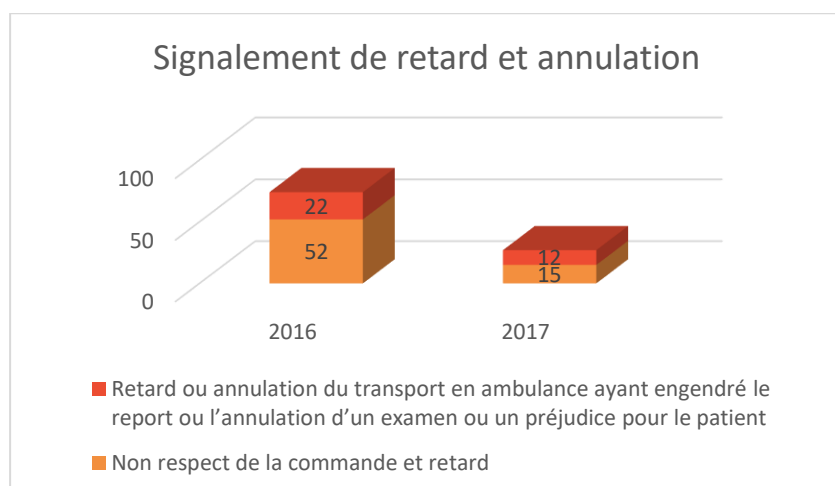


Figure 2 : Evènements indésirables liés aux transports sanitaires. Sources : revues Qualité du CH4V sur les évènements indésirables 2016 et 2017

La responsabilité de ces retards est souvent difficile à établir et rend difficile l'application de sanctions. Il peut s'agir d'une erreur de régulation par la société d'ambulance mais aussi d'un retard du service pour organiser la sortie du patient.

Outre les signalements d'évènements indésirables pour retard, une part non négligeable porte sur le comportement des ambulanciers, un défaut de communication ou encore une qualité des soins insuffisantes. Ces dysfonctionnements donnent lieu à des altercations parfois violentes entre les services et les ambulanciers. Ils impactent l'organisation des soins et détériorent aussi l'image de l'hôpital. Bien qu'une majorité des transports sanitaires ne dépendent pas de l'hôpital ou de ses prestataires, ils sont perçus par le patient comme un élément du parcours hospitalier.

Lors de l'étude annuelle des plaintes et des réclamations, les représentants des usagers se sont plaints régulièrement en commission des usagers de la qualité de ce service.

2.3 Un plan d'action agissant sur trois leviers principaux de réduction des dépenses : les marchés publics, le circuit de la commande et les organisations de soins

2.3.1 Levier 1. Les marchés publics : concilier à court termes la maîtrise des dépenses et l'amélioration de la qualité des prestations

- a) *La construction du marché s'appuie sur les recommandations du 16 mars 2018 ainsi et sur un travail important de sourcing auprès des transporteurs*

Les marchés sont un élément majeur de maîtrise des dépenses à charge de l'hôpital et un moyen de contractualiser autour de bonnes pratiques.

La mise en place d'un nouveau marché doit permettre à court terme de maîtriser les dépenses en réduisant la part de commande hors marché. Le marché a aussi été conçu pour agir sur trois axes d'efficience : l'offre de transports assis, le circuit de facturation et la réduction des retards et annulation.

La cellule achats du GHT 92 a anticipé la mise en œuvre de l'article 80. Les marchés ont été résiliés en amont de la publication, dans les délais prévus, afin de permettre la mise en place d'un marché incluant les transports sanitaires « historiques » ainsi que les transports de l'article 80.

Une note d'information est parue le 16 mars 2018 proposant un modèle de CCAP et de CCTP pour les marchés de transports sanitaires. Comme le préconise ce document, le marché a fait l'objet d'un allotissement géographique. Trois zones ont été définies et

regroupent quatre établissements du GHT. Bien que les distances entre les établissements soient faibles, le critère du temps de trajet a été préféré à celui de la distance compte tenu du trafic en région parisienne.

Chaque lot est multi-attributaire. Ce choix s'est imposé au regard de l'implantation et de la taille des sociétés de transports. Très peu de sociétés de transports dans le département ou les environs étaient en mesure d'absorber la demande de quatre établissements représentant environ 7300 transports annuels avant l'application de l'article 80.

Au sein du CH4V, les documents constitutifs du marché ont été établis après un travail important de sourcing comprenant 5 entretiens avec des gérants de sociétés de transports sanitaires. Le but de ces entretiens était de mieux connaître le marché et d'identifier les points forts de l'établissement et ses points faibles. L'offre de transports étant particulièrement faible dans le département, la relation offre-demande tend à s'inverser. Au moment où l'appel d'offre du GHT 92 était publié, 3 autres appels d'offre ont été mis en ligne dont celui de l'AP-HP représentant un volume de transports bien plus important que celui du GHT 92. L'établissement doit donc se rendre attractif lors de l'appel d'offre et tenir compte de ses avantages comparatifs.

De plus, les besoins des utilisateurs (secrétaires médicales, gestionnaire facturation) ont été recensés dans le cadre du diagnostic sur les organisations des transports sanitaires

b) Accroître l'offre de transports assis en restaurant les marges des transporteurs sur les VSL

L'objectif du nouveau marché est d'abord d'accroître l'offre de transports assis. La note d'information parue le 16 mars 2018 préconise un allotissement par modes de transports : transport assis professionnalisé et ambulance. Ce choix n'a pas été retenu au regard du modèle économique des sociétés d'ambulance du 92 et des taxis.

La marge nette moyenne pour les sociétés lors des trajets en VSL est négative²³. Les entreprises compensent en réalisant des bénéfices avec les trajets en ambulance. Lors des entretiens, les gérants des sociétés expliquent qu'ils possèdent des licences de VSL uniquement dans une stratégie commerciale de mise à disposition des hôpitaux d'une offre complète. Les entreprises n'auraient donc aucun intérêt à remporter un lot « transports assis » sans effectuer les transports en ambulance.

²³ Informations recueillies lors de l'entretien avec Thierry Schiffano, FNTS

Les quelques artisans taxis ainsi que le groupement majoritaire rencontrés ne souhaitent pas répondre aux appels d'offre et ont déjà des difficultés à répondre aux demandes de transports à charge de la CPAM.

Pour accroître l'offre de VSL, le marché s'appuie sur deux mécanismes : les critères de jugement des offres et une clause de révision de prix. Ces deux mécanismes ont permis au CH4V après attribution du lot d'avoir accès à une flotte composée à 36% de VSL et 74% d'ambulances ce qui est significativement plus élevé que la répartition des autorisations dans le département (80% ambulances et 20% VSL).

Mécanisme 1 : les critères de jugement des offres

Le nombre de VSL mis à disposition est un critère de jugement des offres pondéré à 15%.

Mécanisme 2 : une clause de révision de prix en fonction du nombre de trajets réalisés en VSL

Un mécanisme de révision de prix permet de rendre attractif les trajets en VSL. La clause est rédigée ainsi :

« Dans le cadre de sa politique de favorisation des transports assis, le Centre hospitalier des Quatre Villes souhaite inciter les titulaires à mettre à disposition des transports assis. Le Centre Hospitalier des Quatre Villes s'engage à abaisser de 20% le montant de la remise accordée par le prestataire sur les transports en ambulance, si volume total de transports assis réalisés par le titulaire dans le cadre du marché atteint 30% du volume total de transport (transports ambulance et transports assis réalisés par le titulaire du marché). »

Cette clause vise à restaurer la marge des transporteurs sur les transports assis afin d'accroître le recours à ces véhicules. Elle est conçue pour être « gagnant-gagnant » pour l'établissement et le transporteur. Le seuil de 30% est fixé au regard de l'évaluation du potentiel volume de transports assis qui a été faite lors de la phase de diagnostic.

Exemple de mise en œuvre de la clause de révision de prix: Une entreprise de transports sanitaires réalise 100 transports à charge de l'établissement. Dans la situation actuelle du CH4V cela équivaut à 80 transports en ambulance et 20 en VSL. Selon les hypothèses de prix exposées dans le tableau 1.1, le coût total pour l'hôpital est de 10 400€.

Tableau 4 Structure actuelle des coûts par mode de transport

	Prix tarifs conventionné	% remise marché	prix après remise	Nombre de trajet	Coût pour l'établissement
Ambulances	150 €	20%	120 €	80	9 600 €
VSL	40 €	0	40 €	20	800 €
					10 400 €

En appliquant la clause de révision pour un volume de transport réalisé en transport assis de 35%, le coût total pour l'hôpital est de 9 590€. L'hôpital a économisé par rapport au tableau 1.1, 810€ soit 8% de son budget initial tout en générant une incitation pour l'entreprise due à la baisse de la remise. Ce gain pour l'entreprise revient à augmenter les tarifs des VSL de 11€ soit une hausse de 28% du tarif.

Tableau 5 : Projection de la structure de coût après application de la clause de révision de prix. Hypothèse 35% de VSL

Application de la clause

Ambulances	150 €	16%	126 €	65	8 190 €
VSL	40 €	0	40 €	35	1 400 €
					9 590 €

Ainsi cette clause de révision de prix permet à l'hôpital de contenir ses coûts tout en garantissant à l'entreprise de transport un maintien de sa marge.

Toutefois la mise en œuvre de cette clause n'est permise qu'avec le déploiement en parallèle d'un suivi statistique grâce à la plateforme de gestion des commandes de transports. Son efficacité dépend aussi du travail de sensibilisation réalisé auprès des prescripteurs.

c) Réduire le temps de gestionnaire achat dédié à la gestion de la facturation

Le CCAP définit que les factures seront accompagnées d'un récapitulatif mensuel des transports réalisés avec des sous-totaux par UF. Cette nouvelle organisation devrait permettre de gagner une demi-journée par semaine de temps de gestionnaire.

d) Réduire les retards et annulation de transports

Des pénalités ont été définies au regard des difficultés rencontrées dans les services. L'ancien marché établissait une formule de calcul des pénalités applicable dès la première minute. Les pénalités étaient particulièrement lourdes et difficilement applicables du fait de la contestation systématique du temps de retard.

Le nouveau marché inclut une échelle de pénalités pour les retards pour rendre le risque encouru plus parlant aux prestataires. L'échelle débute à 20 minutes de retard, l'audit ayant montré que les services ne signalent jamais les retards inférieurs à 20 minutes. L'application des pénalités sera facilitée par la mise en place de la plateforme de commandes de transport qui permet la géolocalisation des véhicules et de valider et horodater chaque étape de la prise en charge.

Des pénalités dissuasives ont été inscrites pour des dysfonctionnements ayant des conséquences graves pour la qualité de prise en charge du patient ou des conséquences économiques importantes pour le patient (exemples : erreur d'identitovigilance, retard empêchant la réalisation d'un examen). La liste de ces dysfonctionnements a été réalisée au regard des signalements d'évènements indésirables et à partir des témoignages des secrétariats.

2.3.2 Levier 2. Le circuit de la commande : mettre en place une plateforme de commande centralisée, un préalable pour optimiser les ressources

a) La centralisation des commandes de transports, un outil socle pour l'optimisation des transports sanitaires

En matière de transports sanitaires des recommandations issus des travaux de l'ANAP en 2013 proposaient déjà de mettre en place une gestion centralisée des commandes de transports. Les CAQES ont repris cette action.

La centralisation des commandes de transports sanitaires implique de regrouper l'ensemble de commandes de transports afin d'améliorer l'adéquation entre offre et demande. Il n'existe pas de modèle unique de centralisation des commandes de transports. La mise en place de plateforme s'appuie sur des systèmes d'informations permettant au service de transmettre leurs besoins. Certaines organisations sont entièrement automatisées. Les services réalisent une commande sur un logiciel dédié et la commande est distribuée aux sociétés de transports intégrées dans le tour de rôle, et programmées dans le logiciel. Certains établissements, et notamment de nombreux CHU, ont adossé à leur plateau de régulation du brancardage, une gestion centralisée des commandes de transports sanitaires. Leur organisation allie généralement l'utilisation d'un logiciel d'attribution des commandes de transports à l'action d'opérateurs qui gèrent les commandes qui ne peuvent être attribuées automatiquement ou les dysfonctionnements. Les plateformes de commande sanitaires peuvent être déployées à l'échelle d'un établissement ou d'un GHT ou enfin d'un territoire complet de santé. Plus le territoire est large, plus l'offre de véhicules pouvant être inclus dans le tour de rôle augmente.

Les plateformes de commandes de transports sanitaires centralisées poursuivent plusieurs objectifs :

- Augmenter l'offre de véhicules et la visibilité sur les véhicules disponibles. La plateforme permet d'intégrer l'ensemble des sociétés du secteur et donc d'avoir recours à une offre élargie.
- Être un interlocuteur unique pour les sociétés de transports. Ce mode opératoire permet aux sociétés de transports sanitaires de n'avoir qu'un seul contact et facilite

ainsi les relations avec l'hôpital pour la gestion des commandes : informer d'un retard, d'une annulation. C'est aussi un moyen de centraliser le recueil des événements indésirables et d'améliorer leur exhaustivité.

- Assurer le respect des règles notamment le libre choix. La centralisation permet d'instaurer des règles de distribution des commandes qui permettent de respecter les obligations réglementaires de libre choix et d'éviter les phénomènes de clientélisme.
- Libérer du temps dans les services. Le gain de temps n'est pas facilement mesurable. Il dépend des services. Les secrétaires considèrent passer entre 10 et 20% de leur temps à gérer les commandes de transports sanitaires ; le temps de la commande n'est pas toujours très long, mais le processus fait intervenir de nombreux acteurs et entraîne de nombreuses interruptions de tâches.
- Organiser un contrôle et un suivi de la consommation de transport. La centralisation des commandes permet un suivi des caractéristiques des commandes et d'apporter une connaissance plus fine des pratiques. Ce suivi est un prérequis au travail sur les organisations pour améliorer la fluidité des trajets et réduire les temps d'attente.

La centralisation des commandes de transports peut permettre une maîtrise à court terme des dépenses par deux leviers :

- Le recours à une offre plus large de transports assis qui peut permettre une conversion d'ambulances en VSL
- Un recours systématique aux prestataires en marché pour les TES

A long terme, la centralisation des commandes permet d'identifier de nouvelles pistes de réduction des dépenses en engageant une discussion sur l'organisation des transports : anticipation, lissage ...etc.

b) Des solutions de gestion centralisée des commandes de transports sanitaires très nombreuses mais des perspectives d'optimisation variable

Le marché des outils informatisés de gestion des transports sanitaires est en pleine expansion. Lors de la conduite du projet pas moins de 10 outils ont été recensés. Toutefois derrière la même dénomination coexiste des solutions très différentes. Tous les outils ne permettent pas forcément de maîtriser les dépenses de transports.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie a conçu un cahier des charges à destination des établissements de santé afin de définir les critères de sélection des plateformes. C'est à partir de ce document ainsi que des entretiens avec 7 représentants d'éditeurs de plateformes de commandes centralisées que le CH4V a mis au point son propre cahier des charges.

1. Critère 1 : Une solution qui aide les utilisateurs à choisir la bonne prise en charge (TES ou TAM) en vue de l'application de l'article 80

Le premier critère est que la plateforme puisse inclure les TES et les TAM et que l'outil soit paramétré pour orienter l'utilisateur vers le bon organisme payeur. L'outil doit aussi être à jour des changements réglementaires introduit par l'article 80 et intégrer les nouvelles règles de prescription. Cette fonctionnalité doit permettre de faciliter l'application de l'article 80 au sein de l'établissement et éviter un nombre trop important d'indus versés par la CPAM.

2. Critère 2 : Une solution qui permette d'intégrer les règles d'attribution des transports : libre choix du patient, tour de rôle, et prestation en marché

Ce critère permet de sélectionner des plateformes où le paramétrage de l'attribution des commandes peut être réalisé conformément aux intérêts de l'établissement et en respectant les obligations réglementaires (libre choix du patient et tour de rôle) pour les TAM. De nombreuses plateformes ne permettent pas de choisir les modalités d'attribution, il s'agit le plus souvent de plateformes dont le modèle économique est dépendant des sociétés de transports (système d'abonnement ou montant forfaitaire facturé aux sociétés de transports lors de l'attribution de la course). Ces plateformes sont souvent gratuites pour les établissements mais peuvent receler de nombreux coûts cachés pour les établissements : réduction des remises pour les prestataires en marché, majoration kilométrique...etc. De plus, ces plateformes ne respectent pas les clauses du cahier de la CPAM (notamment le libre choix du patient) et le mécanisme d'attribution favorise souvent le hors marché.

3. Critère 3 : Une solution qui réunit sur la même plateforme la réalisation des prescriptions et des commandes

Il s'agit de sélectionner des outils à partir desquels il est possible de prescrire un transport puis de le commander. Cette fonctionnalité permet d'une part d'assurer un suivi de tous les transports générés par l'établissement qui pourra être mis en regard du suivi réalisé par la CPAM. D'autre part, cette fonctionnalité doit permettre d'anticiper le déploiement du Service de Prescription Électronique de transport intégré (SPEi). Le SPEi est un dispositif en cours d'expérimentation par la CNAM et qui doit être généralisé. Il vise une dématérialisation de la prescription médicale de transport ainsi qu'une télétransmission à la CPAM. Conformément au cahier des charges de la CPAM, la plateforme permettant de réaliser les prescriptions doit proposer tous les modes de transports et notamment le remboursement de l'utilisation des transports en commun ou du véhicule personnel.

4. Critère 4 : une solution interfacée avec le DPI et présentant des garanties sur l'hébergement des données

Pour faciliter la commande et la prescription de la solution de transports, certains champs sont automatiquement remplis. Cette fonctionnalité permet de renforcer l'identitovigilance en assurant la correcte transmission des informations administratives du patient.

5. Critère 5 : Une solution qui permette un suivi fin des consommations

Toutes les plateformes ne permettent pas un même suivi des commandes de transports. Ce critère vise à obtenir un suivi précis (par service à minimum), visuel, qui puisse être partagé avec les utilisateurs.

6. Critère 6 : une solution qui permette de suivre la commande

La solution doit permettre aux utilisateurs de savoir si la commande a été attribuée, à quel prestataire, dans quel délai. Elle doit aussi permettre d'informer le service du déroulé du trajet et de l'arrivée du patient à destination. Cette fonction implique un système de géolocalisation.

7. Critère 7 : Une solution qui serve d'interface pour la gestion des évènements indésirables

Pour faciliter la gestion des évènements indésirables la solution doit permettre aux services mais aussi aux transporteurs de signaler les dysfonctionnements. Ceci dans le but de faciliter le dialogue et l'exhaustivité du recensement.

c) Le déploiement au CH4V d'une plateforme de gestion centralisée des commandes

Le projet de plateforme a été très bien accueilli en interne et avec beaucoup plus de réticence par les transporteurs. Les services et notamment les secrétaires sont en demande d'une plateforme centralisée. Ils souhaitent notamment une aide pour choisir entre « Cerfa » et « bon économat » et pour réduire le temps passé au téléphone à chercher un véhicule disponible.

Les transporteurs sont très réticents à la mise en place d'une telle plateforme. Ils y voient l'ingérence de l'hôpital et un risque pour la conservation des parts de marché. De plus, ils sont sollicités par un nombre important de plateformes et ne voient pas l'utilité d'ajouter une solution supplémentaire. Dès le début de travaux et dans le CCAP, les sociétés de transports ont été informées de la mise en place d'une plateforme centralisée de gestion des commandes.

La conduite du projet comprend une phase de paramétrage informatique importante, une phase de négociation avec les transporteurs et enfin, une phase de formation des utilisateurs.

Le déploiement d'une plateforme de gestion centralisée des commandes au CH4V a nécessité d'associer très en amont la responsable des services informatiques notamment pour la définition du cahier des charges, la sélection du prestataire. Une fois la solution sélectionnée, un dialogue soutenu avec le responsable SI et l'éditeur de logiciel est organisé pour préparer les interfaces entre le DPI et la plateforme centralisée, assurer la sécurité du système d'information, paramétrer les champs.

Le choix du CH4V : un plateau logistique et un accompagnement externalisé

Un dispositif combinant une plateforme en ligne et un plateau logistique externe

Lorsque les transports sont à charge de l'assurance maladie, le médecin réalise une prescription qui est intégrée sur la plateforme en ligne. La secrétaire déclenche la commande à partir de la plateforme. La commande est attribuée directement aux transporteurs en marché ou par tour de rôle pour les transports à charge de l'assurance maladie sans choix du patient exprimé. En cas de carence ou de dysfonctionnement, un plateau logistique externe se charge de trouver un transport.

Un accompagnement au déploiement de la plateforme

Le CH4V a fait le choix d'être accompagné dans le déploiement de la plateforme par le prestataire extérieur ayant réalisé l'audit qualitatif. Cet audit sert de base à la définition des nouvelles organisations avec la plateforme centralisée et au paramétrage de l'outil. De plus le prestataire se charge de définir avec les transporteurs du secteur les règles du tour de rôle. Ces règles ainsi que des règles relatives à la qualité de la prise en charge sont établies dans une Charte. Seuls les transporteurs ayant accepté de signer cette charte sont contactés lors du tour de rôle. Ces réunions peuvent être très houleuses et c'est pourquoi le CH4V a préféré l'intervention d'une personne extérieure.

Enfin le prestataire est en charge de former le personnel du CH4V à l'utilisation de la plateforme de commande.

2.3.3. Levier 3. L'organisations des sorties : travailler avec les services sur l'optimisation des organisations pour réduire durablement les dépenses

La mise en place d'une gestion centralisée des commandes permet surtout d'instaurer un suivi qui servira de base pour initier un travail sur l'organisation des sorties. Certaines pistes peuvent déjà être envisagées.

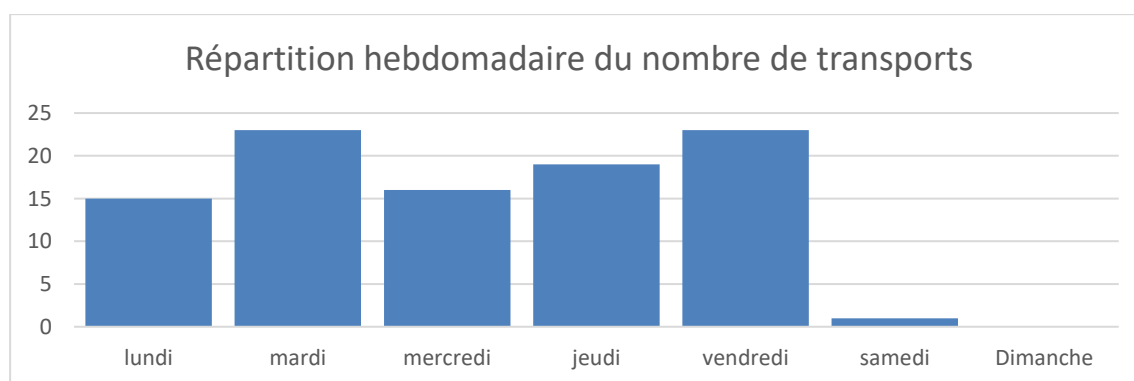
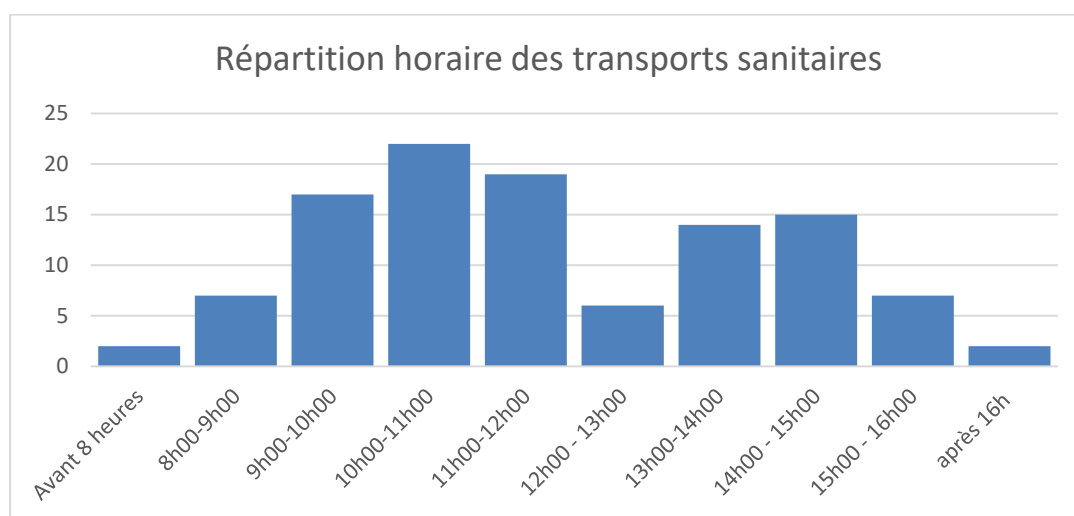
1. Piste d'optimisation : lisser et anticiper les demandes de transports

L'audit a été réalisé sur une période trop courte et n'a été fait que sur certains services d'hospitalisation MCO et de SSR. Toutefois, l'analyse des résultats met en évidence des pics de demandes de transports à certaines horaires (fin de matinée et début d'après-midi)

et certains jours (fin de semaine). Les pratiques des services ne sont pas homogènes. Certains services commandent 80% des transports entre 10h et 12h.

L'anticipation des commandes est aussi très variable d'un service à l'autre. Plus de 30% des commandes sont réalisées le jour même et dans certains services 70% des commandes ne sont pas anticipées.

Ces pics de transports non programmés entraînent des coûts pour l'établissement du fait du recours plus important aux prestataires hors marché pour répondre à la demande. En effet si les demandes de transports sont concentrées entre 10h et 14h soit 4h par jour, les transporteurs sanitaires augmentent leur temps de transports à vide et donc perdent en rentabilité (ce qui les incite à réduire leur remise). La mise en place d'un outil de suivi adossé à la plateforme de commande en ligne permettra une analyse plus fine et pourra être utilisée comme un levier pour lisser les commandes de transports.



Lisser les demandes de transports permet aussi de réduire les risques de retard en cascade et d'avoir accès plus facilement à des véhicules. Toutefois, cela implique de remettre en cause certaines organisations des services notamment l'organisation des sorties des patients. Cette démarche devra être engagée petit à petit en partenariat avec les services.

2. Piste 2 : renforcer le transports assis partagés

Un autre travail pourra être engagé pour accroître le recours aux transports assis partagés. Au sein de l'établissement deux services ont déjà engagé cette démarche le service de dialyse et le service d'addictologie pour les déplacements intersites. Les autres services n'ont pas pris l'habitude. La mise en place de la plateforme centralisée devrait permettre d'accroître les possibilités de transports partagés. Les opérateurs auront une vision globale permettant un partage de véhicule pour des patients de services différents. Toutefois, le principal axe pour accroître le recours aux transports partagés est de regrouper les consultations ou les sorties de patients allant dans la même direction.

3. Piste 3 : réduire les temps d'attente et de prise en charge notamment pour les taxis

Un salon de sortie va être installé dans le hall de l'hôpital pour les patients ne nécessitant pas de surveillance paramédicale. Les soignants accompagneront le patient dans un salon de sortie aménagé qui sera situé devant les portes de l'hôpital et visible depuis la rue. Ce salon sera sous la surveillance des agents du standard qui pourront contacter le service prescripteur en cas de problème. Les agents du standard seront en charge d'éditer l'attestation de droit demandée par les chauffeurs. Le temps de prise en charge pour les chauffeurs de taxis sera ainsi réduit à quelques minutes. A moyen terme, la création de places de parking réservées aux taxis est à l'étude.

4. Piste 4 : contractualiser avec les pôles sur les dépenses de transports sanitaires

Le suivi accru des dépenses de transports sanitaires (TES et TAM) permettra de contractualiser avec les pôles sur des objectifs chiffrés d'évolution des dépenses.

3 Au travers de l'expérience du CH4V, identification de facteurs de réussite, des limites et perspectives du projet

3.1 Facteurs de réussite : une démarche progressive et coordonnée avec les autorités de tutelles et les transporteurs

3.1.1 Une démarche progressive

La fonction « transports sanitaires » étant transversale, transformer le système des transports sanitaires impacte de nombreuses organisations : l'organisation de la sortie, l'organisation des admissions, le fonctionnement avec des structures partenaires de l'hôpital... etc.

Cette démarche d'optimisation des transports conduit donc à modifier en profondeur nos organisations hospitalières. Elle se heurte ainsi à des résistances d'autant plus fortes que les transports sanitaires sont perçus comme une tâche annexe qui doit s'adapter aux contraintes du service.

Au CH4V, comme au CHU de Rennes ou de Fréjus, des démarches progressives ont été mises en place. Il s'agit tout d'abord de partager des données fiables et instaurer un suivi.

La mise en place d'une plateforme de gestion des transports sanitaires bouleverse déjà les organisations. A titre d'exemple, la mise en place d'une plateforme de centralisation des commandes de transports pose notamment la question de la répartition des rôles entre les médecins seniors et internes, le personnel soignant et les secrétaires. Alors qu'au CH4V, un glissement de tâche s'était progressivement mis en place vers les secrétariats, la mise en place d'une plateforme informatisée avec des droits d'accès sélectif pour la prescription médicale de transport oblige le personnel médical à revoir ses pratiques.

Il est donc nécessaire de stabiliser cette première organisation qui permet le recueil de données fiables avant d'engager un travail de fond sur le recours aux transports sanitaires.

3.1.2 Associer les sociétés de transports sanitaires à la démarche

De nombreux leviers d'efficience résident dans une collaboration plus étroite avec les sociétés de transports sanitaires. Cette collaboration dès la phase de diagnostic permet de comprendre le marché des transports et ses contraintes. La rentabilité du modèle économique repose sur la réduction du temps de transports à vide et la réduction des temps d'attente. Pour que l'hôpital réalise des économies, l'organisation des transports doit permettre aux transporteurs d'augmenter leur taux de remplissage. Le taux de remplissage des VSL est seulement de 40% en moyenne²⁴. En devenant prestataire d'un établissement,

²⁴ Informations recueillies lors de l'entretien avec Thierry Schiffano, FNTS

les véhicules peuvent être concentrés sur une zone géographique relative restreinte et ainsi limiter le temps de trajet à vide. Un nombre de transports est ainsi assuré par jour ce qui permet aux sociétés d'accorder des remises sur les tarifs conventionnés. Concernant la rentabilité du transports assis, elle dépend de deux facteurs le rapport temps/distance et le nombre de personnes transportées. En développant le transport assis partagé, l'hôpital peut accroître le recours aux transports assis en garantissant des gains aux sociétés de transports. D'après le responsable du pôle logistique de la Fédération nationale des transports sanitaire, la marge brute est restaurée de 30% en VSL partagé²⁵.

Prendre en compte les intérêts économiques des sociétés de transports dans l'établissement d'une stratégie d'optimisation permet de mettre en place des systèmes où les intérêts de la société comme de l'hôpital sont partagés (clause de révision de prix, développement du VSL partagé). Cela permet aussi d'anticiper des situations de blocage. Le calcul des remises en marché repose souvent sur l'idée que le prestataire sera aussi contacté pour les TAM, restaurant ainsi les marges de la société. C'est pourquoi la mise en place d'une plateforme avec un tour de rôle est souvent mal perçu par les prestataires. Le marché du CH4V a permis dans une certaine mesure d'anticiper la réaction des prestataires en informant du déploiement d'une plateforme.

Dans un contexte où le rapport de force entre offre et demande est souvent inversé, la mise en place d'un dialogue régulier est essentielle à la stabilité de l'organisation de transports. La signature d'une charte régissant les relations avec les transporteurs et l'organisation de réunions de suivis semestrielles permet d'établir un lien de confiance. En structurant un dialogue régulier, il est possible de travailler à la qualité de la prise en charge autrement que par l'application systématique de sanctions. Une revue régulière des EI peut être instaurée lors de ces réunions.

Associer plus étroitement les sociétés de transports sanitaires est un moyen de les intégrer à la prise en charge du patient et de sortir d'une perception réduite à la fonction logistique.

3.1.3 Mettre en place une démarche concertée avec l'ARS et la CPAM

La régulation des dépenses de transports sanitaires est une responsabilité partagée avec les autorités de tutelles. L'organisation de concertation avec ces dernières permet de mieux définir leurs attentes, d'avoir une meilleure connaissance des recommandations de bonne pratique (ex : Cahier des charges de la CNAM sur les plateformes centralisées de gestion des commande). Ayant une vision globale du territoire, les référents transports sanitaires ou établissements de la CPAM et de l'ARS peuvent communiquer sur des initiatives locales réussies. Un dialogue régulier permet aussi une évaluation continue des actions mises en

²⁵ Informations recueillies lors de l'entretien avec Thierry Schiffano, FNTS

œuvre dans le cadre du CAQES. Il facilite aussi la remontée d'informations en cas d'incidents graves avec des transporteurs.

Dans le cadre du projet du CH4V, le référent du CH4V à la CPAM du 92 a été informé régulièrement de l'avancement du projet. Le choix de la plateforme a été communiqué en amont. Des représentants de la CPAM et de l'ARS ont été invités lors de la restitution du diagnostic. Le prestataire extérieur en charge de l'aide au paramétrage de la plateforme a aussi pris contact avec la CPAM pour disposer de la liste des sociétés de transports du département afin de les convier à la réunion de concertation pour instaurer la Charte et les règles du tour de rôle.

3.2. Limites : des stratégies d'optimisation des dépenses qui se heurtent à des contraintes organisationnelles et culturelles

3.2.1. Une optimisation des ressources qui reste soumise à des contraintes architecturales et d'organisations des soins

a) Des contraintes architecturales

Les nombreuses fusions d'établissements opérées dans les deux dernières décennies tendent à accroître le nombre d'établissements multisites. Le transport, et notamment le transport sanitaire, est alors un élément essentiel de l'organisation logistique permettant de créer un sentiment d'appartenance à une même entité.

La fusion de deux établissements et la centralisation du plateau technique sur le site de Saint Cloud a entraîné une hausse significative des coûts de transports. Les transports intersites représentent environ 70% du volume de transports à charge de l'établissement²⁶. Dans un contexte de regroupement des plateaux techniques, la maîtrise des volumes de transport est limitée. Elle impacte évidemment les TES mais allonge aussi les distances des TAM.

b) Des contraintes liées à l'organisation des soins

Jusqu'où les organisations de soins doivent s'adapter aux contraintes des transports sanitaires ? Il est nécessaire d'avoir une approche globale sur le plan économique mais aussi de la qualité de la prise en charge.

D'un point de vue économique, la modification de certaines organisations peut recéler des coûts cachés. Par exemple, lisser certaines sorties sur un plage horaire de 8h à 18h impacte la gestion du temps de travail des agents en charge du bionettoyage des chambres. A

²⁶ Résultats de l'audit quantitatif : 73%, Annexe 3

l'inverse, la mise en place de certaines consultations avancées sur des sites distants du plateau technique central peuvent être justifiées par les coûts de transports qu'elles engendrent. L'absence de vacations de cardiologue sur le site de Sèvres du CH4V cause une dépense supplémentaire évaluée à 50 000€ par an. Dans ce cas, il est possible de concilier l'amélioration de la qualité de la prise en charge et la réduction des dépenses de transports sanitaires à charge de l'établissement.

Toutefois, la maîtrise des dépenses de transports reste limitée par l'évolution de l'offre de soins et des pratiques. Par exemple, la mise en place de séances tardives en dialyse répond à un besoin d'une patientèle active. Toutefois, elle génère une hausse des dépenses de transports sanitaires à charge de l'assurance maladie ; les transports de ces patients sont réalisés en tarif de nuit (+75%). Cette hausse est sensible et limite la capacité de l'établissement à atteindre les objectifs du CAQES.

3.2.2. Changer les habitudes des usagers et des prescripteurs : une tâche difficile mais qui permet d'agir sur les volumes de transports sanitaires

Le CH4V en partenariat avec la CPAM a mis en place de nombreuses actions pour sensibiliser les prescripteurs comme les usagers à la maîtrise des dépenses de transports. Concernant les usagers, des actions ont été mises en place pour favoriser les transports particuliers :

- Affichage dans les salles d'attente des campagnes de sensibilisation de l'Assurance Maladie « Pour la prescription de mon transport, c'est ma santé d'abord »
- Pour les prises en charge ambulatoire, il est systématiquement demandé en amont de la prise en charge le nom de la personne qui viendra chercher le patient

Concernant les prescripteurs, un rappel des règles de prescription est régulièrement organisé. Le référent établissement de la CPAM intervient en CME, lors de la journée de formation des internes et dans les staffs médicaux des services. Des guides d'aide à la prescription sont disponibles sur l'intranet de l'établissement. Ils précisent notamment les règles de prescription des autres modes de transport » permettant le remboursement de frais pour les déplacements en véhicule personnel ou en transport en commun.

Enfin et pour ne pas subir la pression des familles ou des patients, une lettre cosignée du directeur de la CPAM et du chef d'établissement est mise à disposition des médecins et peut être remise aux patients s'ils exigent un transport non justifié sur le plan médical.

Malgré ces actions de sensibilisation, les habitudes des prescripteurs comme des patients sont difficiles à changer. Les patients, notamment en ALD, considèrent souvent le transport comme un droit inhérent à leur prise en charge. Chez les patients âgés, il y a souvent un

tabou autour de leur vieillesse. « Je ne veux pas déranger » est une phrase souvent entendue de la bouche des patients âgés. Le retour à domicile en transport sanitaire est un moyen de cacher aux proches une perte d'autonomie, « de ne pas les inquiéter ».

Les prescripteurs sont aussi réticents à modifier leurs pratiques. Les médecins opposent souvent aux stratégies d'optimisation des transports un objectif de réduction des durées moyenne de séjour. Le recours à une ambulance permet d'organiser rapidement le retour à domicile et de libérer un lit sans attendre de pouvoir joindre un proche.

Concernant la conversion d'ambulance en transport assis, les médecins du CH4V souvent réticents préjugent une qualité de prestation insuffisante des transports assis notamment pour les personnes âgées. De plus pour les patients réalisant régulièrement des transports, le recours systématiquement à une ambulance est souvent préféré plutôt que de devoir alterner entre ambulance et VSL en fonction des aléas de santé du patient et risquer de changer de prestataire perturbant les habitudes de celui-ci.

3.3. Et demain, quels leviers de maîtrise des dépenses restera-t-il ?

3.3.1. Des économies d'échelle en organisant des régulations territoriales ?

Afin d'optimiser les ressources consacrées aux transports sanitaires, une régulation à l'échelle du territoire est une piste d'optimisation future. Dans le Gard, la régulation des TAM générés par les centres hospitaliers (CHU de Nimes, CH d'Ales) est confiée depuis 2010 à une association « SAGU ». Les membres de cette association sont les sociétés de transport. L'association gère la centralisation des commandes, les règles de tour de rôle. Une convention régit l'organisation entre la SAGU et les centres hospitaliers.

Des pistes d'optimisation sont aussi possibles à l'échelle du GHT en déployant une plateforme de régulation commune ou en investissant dans une flotte de véhicules partagée. Ces hypothèses ont été étudiées dans le cadre du GHT 92. Concernant la plateforme de régulation commune, les établissements ne souhaitent pas créer de postes de régulateurs. Ils préfèrent une plateforme dématérialisée. La plateforme informatisée de centralisation des commandes étant interfacée avec le DPI, la priorité a donc été mise sur le déploiement d'un DPI commun. Dans un second temps, un outil commun de gestion des transports pourrait être envisagé permettant d'accroître le nombre d'entreprises incluses dans le tour de rôle. Concernant l'acquisition d'une flotte commune de véhicules, des gains auraient pu être réalisés si les véhicules permettaient de réaliser des transports intra GHT. Toutefois, cette hypothèse a été écartée dans le GHT 92 compte tenu du faible flux de patients entre les établissements parties du GHT. Sur les 111 transports enregistrés pendant l'audit, aucun n'était à destination d'un établissement du GHT. Du fait des temps de trajet non négligeables, les véhicules auraient dû circuler à vide pour

réaliser des transports intersites. A l'heure de l'article 80 et de la mise en place des projets médicaux partagés, cette solution peut être intéressante pour des GHT avec des flux de patients importants entre les établissements parties.

Des projets conduits par les ARS pourraient aussi être source d'économie d'échelle.

L'ARS Aquitaine a publié un cahier des charges pour une plateforme de gestion centralisée et devrait proposer dès 2019 une solution aux établissements comme aux médecins de ville. Pour ne pas démultiplier les organisations techniques et les solutions informatiques, il est toutefois important que ces plateformes permettent d'intégrer les TES.

3.3.2. Une incitation à développer des prises en charge à distance

L'article 80 de la LFSS 2017 semble une première étape vers un transfert plus large des dépenses de TAM vers l'enveloppe hospitalière. A terme, la question des coûts de transports devrait conduire à interroger les modes de prise en charge. Elle devrait être une incitation forte pour les établissements de santé et les autorités de tutelles à favoriser des innovations techniques et organisationnelles permettant le maintien à domicile ou une prise en charge de proximité. La télémédecine peut être, à terme, une solution structurante de réduction des coûts de transports sanitaires. Le développement des prises en charge à domicile notamment dans le cadre des soins itératifs (dialyse péritonéale, chimiothérapie par voie orale), la mise en place de consultation avancée ou le renforcement des liens ville-hôpital notamment pour des avis spécialisés sont autant de facteurs qui peuvent réduire la demande de transports. Lors des évaluations médico-économiques pour le développement de ces prises en charge, il est donc essentiel pour l'hôpital comme les autorités de tutelle de tenir compte des gains potentiels de dépenses de transports. Ces réorganisations peuvent aussi être imaginées en partenariat avec les transporteurs. Interrogé sur sa vision des futurs transports sanitaires, Thierry Schifano , responsable du pôle logistique de la Fédération nationale des transports sanitaires , imagine des transports sanitaires équipées de matériel de télémédecine évitant des déplacements à l'hôpital pour certains patients.

Conclusion

Si la maîtrise des dépenses de transports sanitaires a longtemps été un défi pour l'Assurance Maladie, elle tend aujourd'hui à être un défi hospitalier. Les hôpitaux sont de plus en plus responsabilisés quant aux dépenses de TAM qu'ils génèrent et doivent assumer des dépenses en hausse du fait d'un périmètre élargi de transports à leur charge. La maîtrise des dépenses de transports par les hôpitaux est un exercice complexe dans un contexte de transformations réglementaires et de pilotage partagé avec les autorités de tutelle. Cet exercice semble d'autant plus difficile que les transformations de l'offre de soins (prise en charge ambulatoire, projets médicaux partagés, centralisation des plateaux techniques spécialisés) induisent une demande croissante de transports. Les transports sanitaires s'imposent comme une composante essentielle du soin organisé en parcours.

Dans ce contexte, les hôpitaux doivent identifier des leviers de maîtrise des dépenses. Du fait de l'importante disparité des situations locales, les plans d'action de maîtrise de dépenses reposent sur la réalisation d'un diagnostic approfondi de l'offre de transport et des circuits de gestion des transports sanitaires. Les marchés de transports sanitaires, la centralisation des commandes de transports et l'organisation des sorties sont des leviers permettant d'agir sur deux composantes de la structure des coûts : les tarifs et le mode de transports.

L'action sur les volumes de transports reste bien plus difficile à mettre en œuvre car elle se heurte à des contraintes culturelles, architecturales, et d'organisation des soins. A long terme et pour permettre une maîtrise durable des dépenses, il est donc nécessaire de tenir compte des charges inhérentes aux transports dans nos organisations de soins et de développer des solutions innovantes permettant de réduire le besoin de mobilité des patients.

Bibliographie

Références réglementaires

Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, article 80

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, annexe 7

Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

Convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale

Note d'information N° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017

Rapports, études et guides de bonnes pratiques

Guide de prise en charge des frais de transport de patients, Ministère chargé de la Santé et Assurance Maladie, juillet 2013

Thierry WAHL, Pierre LESTEVEN, Paul-Emmanuel GRIMONPREZ, Eve ROBERT, *revue des dépenses relatives aux transports sanitaires*, avril 2016

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), « Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé. », 2013

J. BEGRICHE, A. DESSIMOND, L. MARTY, « Le secteur du transport sanitaire. Analyse sur la période 2008-2014 (estimations 2015) », Etude *Xerfi* pour la Fédération Nationale des transporteurs sanitaires, septembre 2016

Mémoires professionnels

Marie-France DULUC, *Transports sanitaires non urgents à la charge de l'établissement. Le marché public : un outil pour encadrer la prestation et mieux en contrôler les coûts*, Mémoire EHESP, filière élèves AAH, 2013

Pierre MARGAIN, *Engager une démarche de Lean management à l'hôpital - un cas pratique : le transport externe des patients*, Mémoire EHESP, filière EDH, 2014

Anne GERBEAU, *Le Transport patient dans les Etablissements de Santé. Comment le processus transport patient peut transformer des organisations hospitalières cloisonnées*, Thèse Professionnelle Mastère EHESP – UTC spécialisé Ingénierie Management des Technologies de Santé, 2016

Articles

Murielle ARONDEAU, « Une gestion optimisée des transports au service des patients. » *Revue hospitalière de France*, n° 554, Septembre/Octobre 2013, p. 68-69

Jean-Claude DELNATTE, « Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins », *Finances hospitalières*, n° 114, Juin 2017

Catherine HOLUE, entretien avec Thierry SCHIFANO, « Transport sanitaire : des aménagements souhaitables », *Techniques hospitalières*, janvier-février 2016, p.79-80

Gérard PONÇON, « L'informatisation des transports sanitaires à l'AP-HM, *Gestions hospitalières*, n° 491, Décembre 2009, p.631-634

Raoul TACHON, « La LFSS 2017 », *Finances hospitalières*, n° 109, janvier 2017

Odile TASSI, « Le transporteur sanitaire. Un logisticien dans la chaîne de soins. », *Techniques hospitalières*, Juillet-Août 2007, p. 48-49

Muriel TREMEUR, « Revalorisation de la tarification des transports sanitaires », *Finances hospitalières*, n° 83, septembre 2014

Omar YAHIA, « De l'imbroglio des frais de transports sanitaires (1^{ère} partie) », *Finances hospitalières*, n° 80, mai 2014, p.23-26

Omar YAHIA, « De l'imbroglia des frais de transports sanitaires (2^{ème} partie) », *Finances hospitalières*, n° 81, juin 2014, p.24-27

Entretiens

Entretien avec Jacky Le Dauphin, représentant établissement spécialisé sur les transports sanitaires à la CPAM 92, le 29 juin 2018

Entretien avec Emmanuel Goupy, chef de projet au Département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS Ile de France, le 3 juillet 2018

Entretien avec Thierry Schiffano, Responsable du pôle logistique de la Fédération nationale des transports sanitaires, ancien président de la Fédération nationale des transports sanitaires, directeur technique de Santé Mobilité Services, le 4 juillet 2018

Principaux sites institutionnels

Assurance Maladie, « Les situations de prise en charge », dernière mise à jour le 3 août 2017. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/transporteur-sanitaire/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/situations-prise-charge>

Ministère des Solidarités et de la Santé, « Prise en charge des dépenses de transport par les établissements de santé », dernière mise à jour le 16 juillet 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/article/prise-en-charge-des-depenses-de-transport-par-les-etablissements-de-sante>

Services du Premier Ministre, Direction de l'information légale et administrative, « Ambulance et véhicule sanitaire léger (VSL) », dernière mise à jour le 26 octobre 2017. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F22121>

Autres

Assurance Maladie, « Cahier des charges : plateforme de transports », décembre 2015

Assurance Maladie et SESAM Vitale, « Conditions et modalités d'application de la 1ère étape de présérie de SPEi transport », Mars 2017

ATIH, Notice Technique n° CIM-MF-195-4-2018 du 11 avril 2018, « Campagne tarifaire et budgétaire 2018 Nouveautés « financement »

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau de comparaison du changement de périmètre introduit par l'article 80 de la LFSS pour 2017

Annexe 2 : Tableau d'audit quantitatif des transports sanitaires au CH4V

Annexe 3 : Résultats de l'audit quantitatif du CH4V relatif aux transports sanitaires.
Semaine du 2 au 9 juillet

Annexe 4 : Grille d'entretien avec la CPAM 92

Annexe 5 : Grille d'entretien avec l'ARS Ile de France

Annexe 6 : Grille d'entretien avec la Fédération Nationale des transporteurs

ANNEXE 1 : Comparaison de l'évolution des périmètres de prise en charge avec l'application de l'article 80 de la LFSS pour 2017
Comparaison réalisée à partir du guide prise en charge des transports sanitaires publié en 2013 et la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017

Type de trajet	Définition	Charge financière avant application de l'article 80	Charge financière après application de l'article 80	
			Principe et exception	Droit au versement de forfait TSE ou TDE
Transports primaires	Transport du patient du lieu de prise en charge jusqu'à l'établissement de santé où son admission en hospitalisation est prononcée. Le transport primaire couvre l'ensemble des transports jusqu'à l'établissement en mesure de lui prodiguer des soins appropriés à son état, y compris en cas de présomptions d'hospitalisation. Cette catégorie comprend : <ul style="list-style-type: none"> - les transports domicile ou assimilés (EHPAD USLD) - établissements - les transports depuis un service d'urgence (pas d'admission prononcée) vers un autre établissement 	Transport à la charge de l'Assurance Maladie	Transport à la charge de l'assurance Maladie	<i>Sans objet</i>
Transports intrahospitaliers	Transport effectué : <ul style="list-style-type: none"> - entre les établissements d'une même entité juridique et dans la même agglomération. Transport intersite - entre établissements d'une même entité juridique qu'ils relèvent ou non de la tarification à l'activité et implantés sur le même site géographique. Brancardage 	Transport à la charge de l'établissement d'origine	Transports à charge de l'établissement d'origine	Modification art. 80 : les transports intersites (FINESS Géographique distinct) pour des transferts définitifs ou des transferts provisoires pour des soins itératifs ouvrent droit au forfait TDE et TSE

Transports secondaires	Transferts provisoires	Transport d'un patient hospitalisé dans un établissement plus spécialisé, pour soins ou diagnostic, avec retour dans l'établissement d'origine en moins de 48h (une nuit maximum à l'extérieur).	<p>Principe : transport à la charge de l'établissement d'origine</p> <p>Principe : transport à la charge de l'établissement d'origine</p> <p>Nouveauté art. 80 qui inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les transports en lien avec une permission de sortie à visée thérapeutique - les séances de dialyse réalisées dans une structure hors centre de dialyse 	Exception 1/ ouvre droit au forfait TSE	
			<p>Exception : A charge de l'assurance Maladie les transports provisoires pour des soins itératifs concernant la dialyse, la chimiothérapie et la radiothérapie dans les cas généraux</p> <p>Exceptions introduites par l'article 80 :</p> <p>1/ transport à la <u>charge de l'établissement de destination réalisant les soins itératifs</u> concernant la dialyse, la chimiothérapie et la radiothérapie.</p> <p>2/ transport à charge de l'établissement <u>de destination</u> pour les transferts provisoires entre deux champs d'activité différent pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation (PIA séjour)</p> <p>2/ transferts pour une séance de radiothérapie en ville sont à charge de l'assurance maladie</p>		
	Transferts définitifs entre structures	Patient hospitalisé transféré de son établissement d'origine vers un nouvel établissement dans lequel il est hospitalisé pour une durée supérieure à 48h (2 nuitées ou plus à l'extérieur). Il est considéré comme sortant du 1er et admis dans le 2nd établissement	A charge de l'Assurance Maladie	A charge de l'établissement d'origine.	Forfait TDE

Retour à domicile	Le patient rentre à son domicile ou assimilé (EHPAD...)	A charge de l'Assurance Maladie	A charge de l'Assurance Maladie	sans objet
-------------------	---	---------------------------------	---------------------------------	------------

ANNEXE 2 : TABLEAU D'AUDIT QUANTITATIF DES TRANSPORTS SANITAIRES AU CH4V

Audit des besoins en transports sanitaires Du 2 juillet au 9 juillet														Utiliser une feuille par jour			
														Référénts audit : Laurie Doreau 7347		Service :	
														Camille Jacquard 7017		Date :	
Etiquette patient	Caractéristiques du patient	Date de la demande	Heure de la demande	Date souhaitée du transport	heure souhaitée du transport	Type de transport	Destination	type de prise en charge	Type de véhicule prescrit	prestataire	aller/retour	date réelle du transport	heure réelle du transport	Incidents			
Coller ici une étiquette patient	Cochez les mentions. L'état du patient nécessite :	jj/mm	hh:mm	jj/mm	hh:mm	Transfert < 48h, transfert >48h, sortie définitive (hors CH4V), transports intra CH4V, autre	Ville domicile, hôpital X	Cerfa, bon transport	VSL/VSL partagé /ambulance /taxi, autre		aller ou AR	jj/mm	hh:mm	retard, annulation, comportement, modification type de transport, autre			
	aide technique (béquille, déambulateur...) pour se déplacer ;																
	aide personne pour se déplacer ou pour formalités à accomplir ;																
	respect des règles d'hygiène ;																
	brancardage ou un portage ;																
	risques d'effets secondaires pendant le transport;																
	transport en position allongée ou semi-assise ;																
	surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène;																
	transport dans des conditions d'asepsie;																
	aide technique (béquille, déambulateur...) pour se déplacer ;																
	aide personne pour se déplacer ou pour formalités à accomplir ;																
	respect des règles d'hygiène ;																
	brancardage ou un portage ;																
	risques d'effets secondaires pendant le transport;																
	transport en position allongée ou semi-assise ;																
	surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène;																
	transport dans des conditions d'asepsie;																
	aide technique (béquille, déambulateur...) pour se déplacer ;																
	aide personne pour se déplacer ou pour formalités à accomplir ;																
	respect des règles d'hygiène ;																
	brancardage ou un portage ;																
	risques d'effets secondaires pendant le transport;																
	transport en position allongée ou semi-assise ;																
	surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène;																
	transport dans des conditions d'asepsie;																

ANNEXE 3 : Résultats de l'audit quantitatif transports sanitaires
Semaine du 2 au 9 juillet

I. PERIMETRE ET METHODE

1. Périmètre :

Audit conduit auprès des services : Médecine Sèvres, Médecine Saint Cloud, SSR4 et SSR6, UGA, addictologie

Ces services ont été choisis car ils sont parmi les principaux consommateurs de transports à charge de l'établissement.

2. Méthode :

- Réalisation d'une grille d'audit en partenariat avec L. Doreau et d'après les recommandations de l'ANAP et l'outil QuickEval
- Distribution par L. Doreau de tableau d'audit aux secrétaires médicales
- Remplissage par les secrétaires médicales uniquement lors de la semaine du 2 au 9 juillet
- Saisie des données et analyse

3. Limites :

Pas de garantie de l'exhaustivité des données. Exemple : commandes en dehors des heures de secrétariat non comprises

Certaines données sont à relativiser au regard du périmètre. Exemple : les consultations, les urgences et la dialyse ne faisant pas partie de l'étude, les transports à charge de l'assurance maladie sont sous représentés.

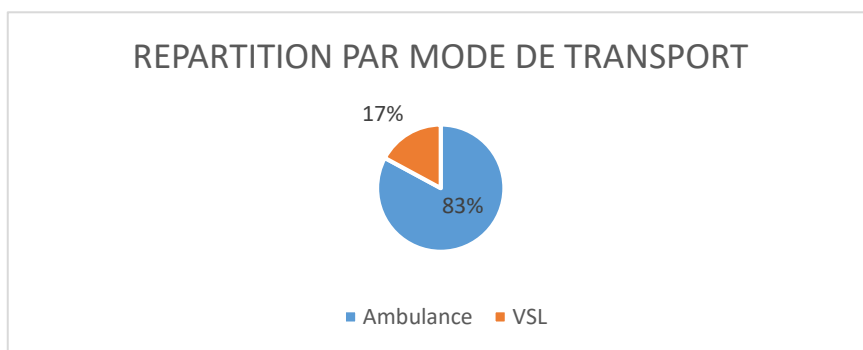
II. RESULTATS PRINCIPAUX

1. Nombre de réponses

Services	Nombre de transports renseignés
Addictologie	16
Médecine Saint Cloud	15
Médecine Sèvres	48
SSR 6	7
SSR4	14
UGA	11
Total	111

2. Répartition par mode de transport

Ces résultats sont similaires aux données de la CPAM : 80% de transports en ambulances et 20% de transports assis.



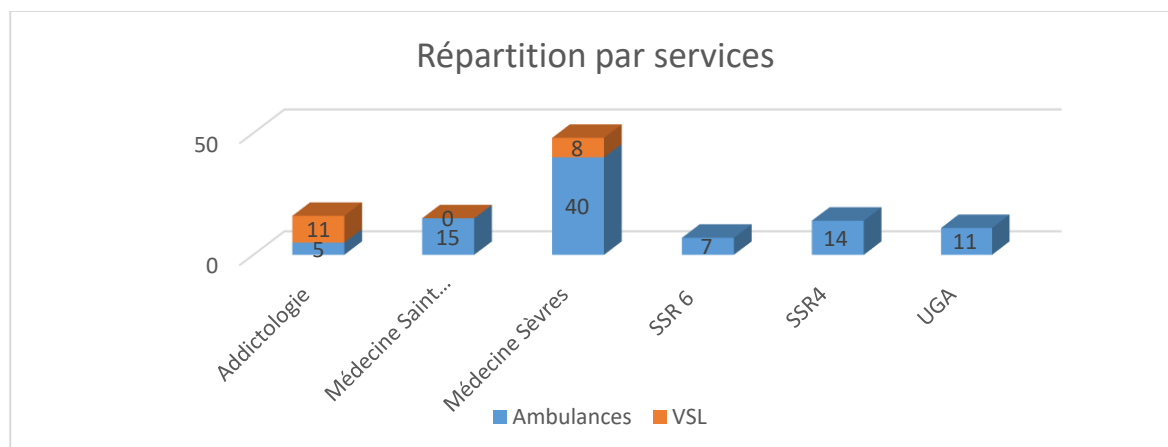
Cohérence de ces résultats par rapport à la rubrique caractéristique patient

Pour rappel, un patient peut bénéficier d'un transport assis si :

- une aide technique pour se déplacer ;
- ou l'aide d'une tierce personne pour se déplacer ou pour les formalités administratives ;
- ou le respect des règles d'hygiène ;
- ou présente des risques d'effets secondaires pendant le transport.

La grille d'audit demandait de préciser les caractéristiques du patient en mélangeant des caractéristiques de patients nécessitant une ambulance de caractéristique pour les patients en VSL. Cette rubrique n'a pas toujours été complétée. Sur 75 réponses complétées, **une seule réponse montre une incohérence entre le véhicule commandé et l'état du patient**. Ce résultat tend à montrer que les secrétaires connaissent bien les règles d'attribution du mode de transports.

Répartition des commandes de transports par service



3. Motifs du trajet

ATTENTION : Comme l'audit ne prend pas en compte certains services (dialyse, urgences, consultations) la répartition entre les TES et les TAM n'est pas représentative de l'établissement.

En une semaine, l'audit identifie 13 transferts définitifs dont 12 vers d'autres structures.

TES	NOMBRE DE TRAJET	POURCENTAGE
TRANSFERT PROVISoire <48H	18	27%
TRANSFERT DEFINITIF INTRA CH4V	1	1%
TRANSPORTS INTRA CH4V	48	72%
TOTAL	67	

TAM	NOMBRE DE TRAJET	POURCENTAGE
SORTIE DEFINITIVE (HORS CH4V)	31	70%
TRANSFERT > 48H	12	27%
TRANSPORTS DEFINITIF INTRA CH4V	1	2%
	44	

4. Modalité de commande

Transports en marché

Compte tenu des difficultés d'exécution des marchés en juillet, seul 25% des commandes sont en marché. Pour répondre à la pénurie de véhicule, les services étaient autorisés à commander avec Cap Santé. Toutefois, presque 30% des commandes reste hors marché et sont réalisés par Arcange à la demande du service d'addictologie (VSL) et du SSR.

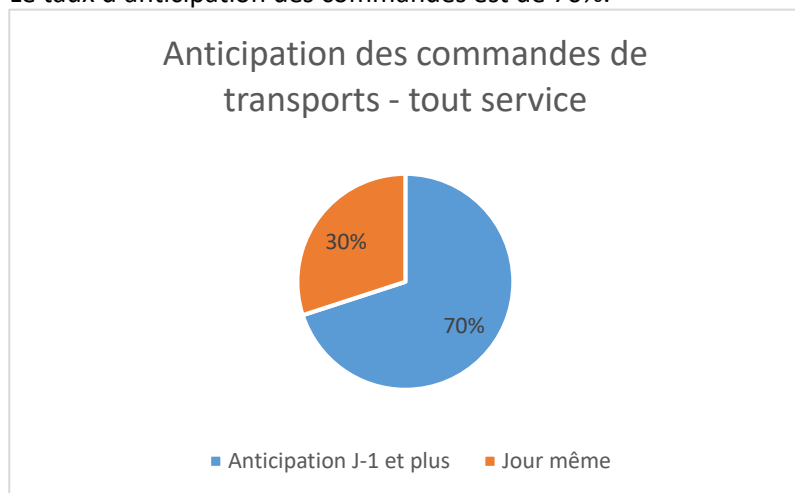
	NOMBRE	POURCENTAGE
COMMANDES EN MARCHÉ	17	25%
COMMANDE EN MARCHÉ OU AVEC CAP SANTE	49	73%
COMMANDE HORS MARCHÉ ET HORS CAP SANTE	18	27%

Tour de rôle

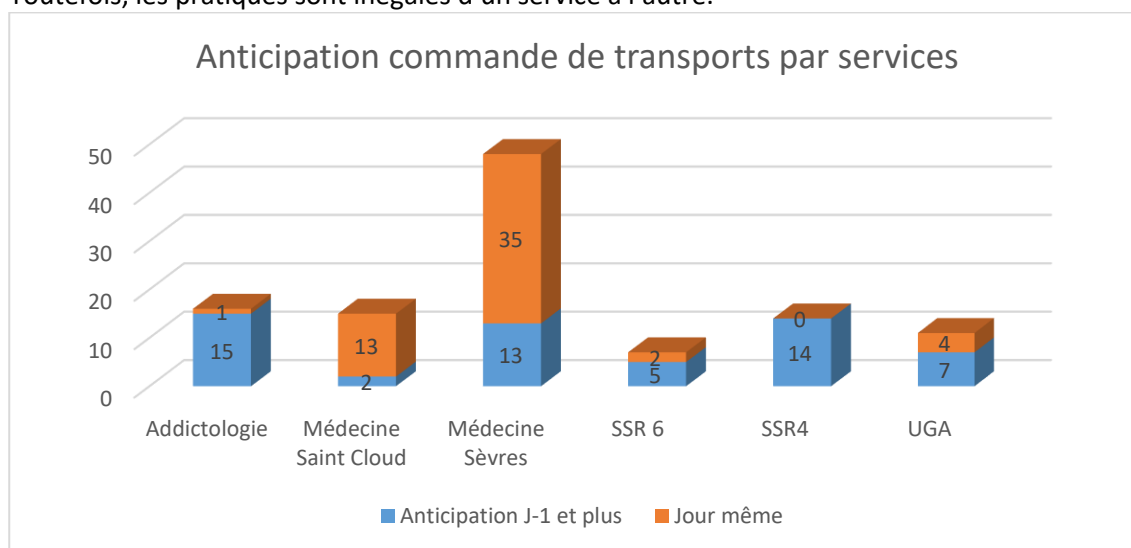
Sur 7 secrétaires, 5 commandent plus de 75% des transports chez un seul prestataire

Anticipation des commandes

Le taux d'anticipation des commandes est de 70%.

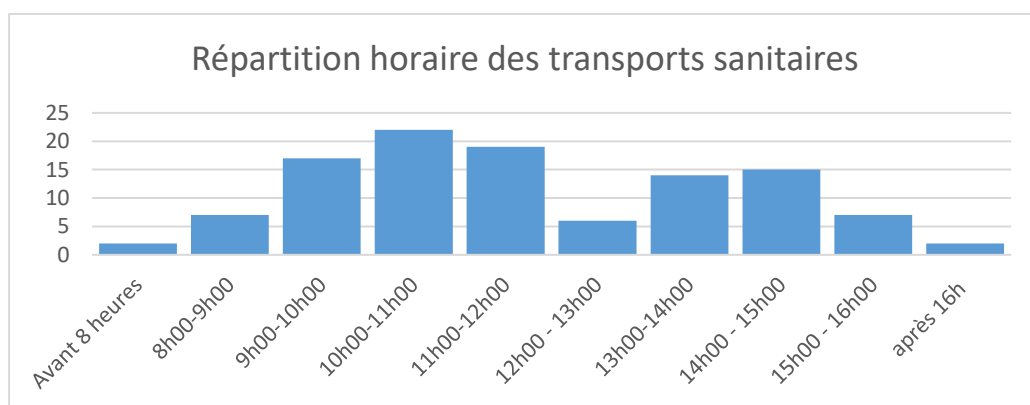
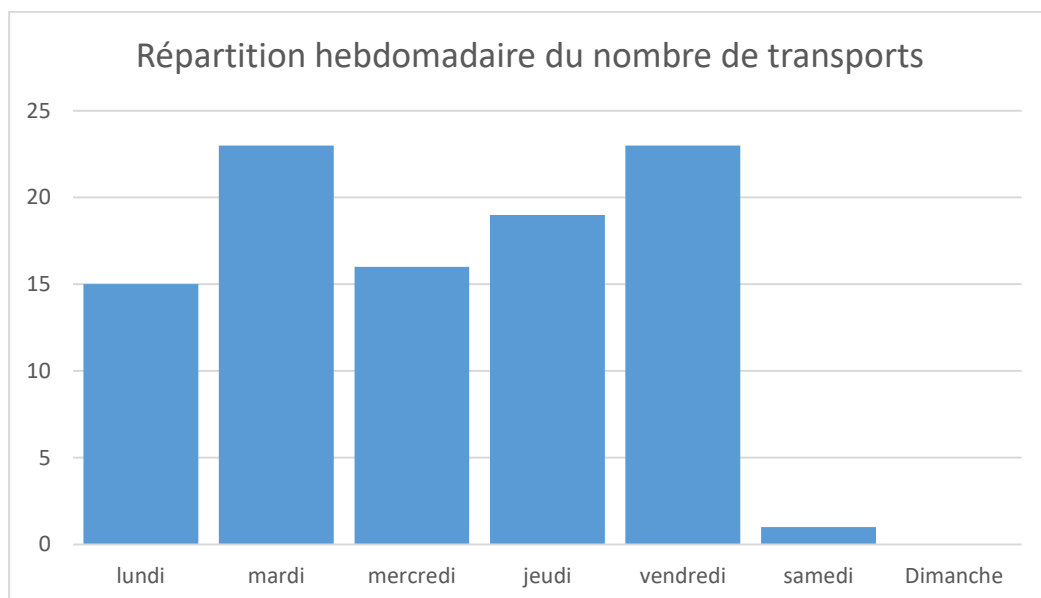


Toutefois, les pratiques sont inégales d'un service à l'autre.



5. Répartition hebdomadaire et horaire des transports

L'organisation des services conduit à un pic d'activité en fin de semaine et à un pic d'activité en fin de matinée et début d'après-midi.



6. Distance et destination des transports

Distances

Pour les transports à charge de l'établissement, la majorité des transports ont une distance de 5 à 10km. Cela s'explique par la part importante de transports entre Sèvres et Saint Cloud. Les transports à charge de la CPAM reste proche de l'hôpital.

	TES	TAM
MOINS DE 5 KM	0	7
DE 5 A 10 KM	63	14
DE 10 A 15 KM	2	6
DE 15 A 19 KM	0	1
PLUS DE 20 KM	1	1
TOTAL	66	29

Département de destination

DEPARTEMENT	NOMBRE DE TRAJETS
HAUTS DE SEINE 92	21
PARIS 75	6
YVELINES 78	2
VAL DE MARNE 94	2

Ville de Destination

TES	NB DE TRAJET
SAINT CLOUD	49
MEUDON	7
BOULOGNE-BILLANCOURT	3
CLAMART	2
SURENES	2
AUTRES	3

TAM	NB DE TRAJET
SAINT CLOUD	6
CLAMART	4
GARCHES	2
PARIS 15	2
PARIS 18	2
RUEIL	2
SEVRES	2
AUTRES	11

ANNEXE 4 : GRILLE ENTRETIEN CPAM 92

Entretien avec Jacky Le Dauphin, représentant établissement spécialisé sur les transports sanitaires à la CPAM 92, le 29 juin 2018

Thèmes		Questions
Volumes et évolutions des dépenses	Dépenses de transports sur le 92	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution des dépenses sur les dernières années - Principaux motifs pouvant expliquer la hausse des dépenses - Part des dépenses dues aux prescriptions hospitalières
Organisation territoriale	Coopération avec l'ARS	<ul style="list-style-type: none"> - Coopération entre l'ARS et la CPAM 92, pour la régulation de l'offre de transports sanitaires
	Liens avec les sociétés de transports sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Quels liens existent-ils entre la CPAM et les sociétés de transports sanitaires (comité, réunion...etc) ? - Existe-t-il des conventions départementales spécifiques entre la CPAM et les sociétés de transports sanitaires ?
Maîtrise des dépenses	Volet additionnel transports sanitaires du CAQES	<ul style="list-style-type: none"> - Combien d'établissements du 92 ont un volet additionnel transports sanitaires ? - Quel impact du passage du CAQOS au CAQES pour la CPAM ? - Comment la CPAM 92 s'organise-t-elle pour le suivi du CAQES ? - Priorités d'action aux CAQES : comment sont-elles déterminées ? existe-t-il des spécificités au 92 ? Existe-t-il des études sur l'efficacité des priorités d'action ? - Incitations et pénalités : mode de fonctionnement et calendrier de mise en œuvre
	Centralisation des commandes de transports	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les choix faits pour organiser les commandes de transports dans le département ? - Quelle solution préconisez-vous ?
Actualité et évolution des pratiques	Art 80	<ul style="list-style-type: none"> - Quel volume prévisionnel de transports aujourd'hui à charge de l'AM seront à charge des établissements de santé ? - Les dépenses liées aux transferts définitifs ont-elles augmenté sur les dernières années ? - L'article 80 permettra-t-il de diminuer les contentieux sur la facturation des transports ? - Quel sera le coût pour la CPAM 92 de la mise en place des forfaits complémentaires au séjour ?
	SPEi	<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il des établissements en test pour le SPEI dans le 92 ? - Quels sont les avantages de ce dispositif ?

		Quel est le calendrier de déploiement du SPEi?
	Prospective	- Quelle organisation territoriale des transports sanitaires devrait se développer, selon vous ?

ANNEXE 5 : GRILLE ENTRETIEN ARS

Entretien avec Emmanuel Goupy, chef de projet au Département d'appui à la transformation des organisations en santé de l'ARS Ile de France, le 3 juillet 2018

Thèmes		Questions
Rôle de l'ARS	Moyens de régulation	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les moyens d'action de l'ARS pour agir sur l'offre de transports ? - Quels sont les critères de l'ARS pour autoriser la mise en service de véhicules ?
	Coopération avec la CPAM	<ul style="list-style-type: none"> - Coopération entre l'ARS et la CPAM 92, pour la régulation de l'offre de transports sanitaires
	Liens avec les sociétés de transports sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Comment fonctionne le sous-comité des transports sanitaires ? Quel est son rôle ? - Comment sont désignés les représentants ? - Permet-il selon vous un contrôle efficace du respect des dispositions réglementaires sur le territoire ?
Volume du parc de véhicule	Général	<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que le parc de véhicules sanitaires soit suffisant ?
	Transports assis	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la répartition entre VSL-ambulances et taxis ? - Pourquoi un tel déficit de VSL et une telle montée en charge des taxis ?
Maîtrise des dépenses	Volet additionnel transports sanitaires du CAQES	<ul style="list-style-type: none"> - Quel impact du passage du CAQOS au CAQES pour l'ARS - Comment l'ARS s'organise-t-elle pour le suivi du CAQES ?
	Centralisation des commandes de transports	<ul style="list-style-type: none"> - Que pensez-vous des différentes solutions de plateforme de centralisation des commandes de transports ? Quelle solution préconisez-vous ? - L'ARS souhaite-t-elle proposer un outil commun en Ile de France ?
	SPEi	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les avantages de ce dispositif ? - Quel retour avez-vous des établissements en expérimentation ?
	Prospective	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle organisation territoriale des transports sanitaires devrait se développer, selon vous ?

ANNEXE 6 : GRILLE ENTRETIEN FEDERATION NATIONALE DES TRANSPORTS SANITAIRES

Entretien avec Thierry Schiffano, Responsable du pôle logistique de la Fédération nationale des transports sanitaires, ancien président de la Fédération nationale des transports sanitaires, directeur technique de Santé Mobilité Services, le 4 juillet 2018

Thèmes		Questions
Présentation		<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le rôle de la fédération ? - Quel est votre parcours ? - Pourquoi avoir créé Santé Mobilité Service ?
Economie du marché des transports	Evolution du marché	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles évolutions le marché des transports sanitaires a-t-il connu récemment ? - Existe-t-il un mouvement de concentration des sociétés de transports sanitaires ? - Quel avenir pour les petites sociétés ?
Volume de dépenses et du parc	Facteurs d'évolutions	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce qui explique, selon vous, la hausse des dépenses de transports sanitaires ?
	Transports assis	<ul style="list-style-type: none"> - Comment expliquez-vous la baisse du recours au VSL à l'échelle nationale ? - Comment expliquez-vous la différence de tarifs pour les transports assis ? - Comment est perçue la concurrence des taxis ? - Quels sont les moyens d'augmenter la rentabilité des VSL ?
Actualité et prospectives	Plateforme	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles plateformes sont utilisées par les sociétés de transports ? - Comment est perçue cette évolution de la régulation ? - Existe-t-il une crainte d'un plus fort contrôle par les hôpitaux du fait de l'utilisation de plateforme ?
	Art 80	<ul style="list-style-type: none"> - Que pense les sociétés de l'article 80 ?
	SPEI	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les avantages de ce dispositif pour les transporteurs ?
	Prospective	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les transports sanitaires de demain selon vous ?

JACQUARD

CAMILLE

Septembre 2018

Directeur d'hôpital

Promotion 2017 - 2018

Maîtriser les dépenses de transports sanitaires non-urgents : quels leviers d'efficience ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP - Rennes

Résumé :

Si la maîtrise des dépenses de transports sanitaires a longtemps été un défi pour l'Assurance Maladie, elle tend aujourd'hui à être un défi hospitalier. Avec la signature des CAQES et la mise en œuvre de l'article 80 de LFSS 2017, les hôpitaux sont de plus en plus responsabilisés quant aux dépenses de TAM qu'ils génèrent. Ils doivent assumer des dépenses en hausse du fait d'un périmètre élargi de transports à leur charge. La maîtrise des dépenses de transports par les hôpitaux est un exercice complexe dans un contexte de transformations réglementaires et de pilotage partagé avec les autorités de tutelle. Cet exercice semble d'autant plus difficile que les transformations de l'offre de soins (prise en charge ambulatoire, projets médicaux partagés, centralisation des plateaux techniques spécialisés) induisent une demande croissante de transports. Les transports sanitaires s'imposent comme une composante essentielle du soin organisé en parcours.

Dans ce contexte, les hôpitaux doivent identifier des leviers de maîtrise des dépenses. Du fait de l'importante disparité des situations locales, les plans d'action de maîtrise de dépenses reposent sur la réalisation d'un diagnostic approfondi de l'offre de transport et des circuits de gestion des transports sanitaires. Les marchés de transports sanitaires, la centralisation des commandes de transports et l'organisation des sorties sont des leviers permettant d'agir sur deux composantes principales de la structure des coûts : les tarifs et le mode de transports.

Mots clés :

Transports sanitaires, ambulances, VSL, Taxis, article 80, CAQES, plateforme de commandes, maîtrise des dépenses, performance, marché

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