

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X I V <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

### Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Jeudi

26 juin 2014

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 22

SESSION ORDINAIRE 2013-2014

**Présidence de  
M. Pierre Morange,  
*rapporteur***

- Auditions, ouvertes à la presse, sur le transport des patients (*M. Pierre Morange, rapporteur*) :
- M. Jean-Christophe Paille, directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Champagne-Ardenne ..... 2
- M. François Maury, directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Poitou-Charentes, et M. Gérard Récugnat, directeur de la stratégie ..... 6
- Mme Martine Aoustin, directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon ..... 12



**COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES**  
**MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE**  
**DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

**Jeudi 26 juin 2014**

*La séance est ouverte à neuf heures trente.*

**(Présidence de M. Pierre Morange, coprésident de la mission et rapporteur)**

*La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède d'abord à l'audition, ouverte à la presse, de M. Jean-Christophe Paille, directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Champagne-Ardenne.*

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Je souhaiterais que vous nous fassiez part de vos réactions par rapport aux réflexions et préconisations que la Cour des comptes a émises dans son rapport de septembre 2012 sur le transport de patients.

**M. Jean-Christophe Paille, directeur régional de l'agence régionale de santé (ARS) de Champagne-Ardenne.** Je souhaiterais débiter mon propos sur la conciliation entre les économies de dépenses de transport et la réorganisation territoriale de l'offre de soins, qui se situe au cœur des compétences de l'ARS.

Si le développement de la chirurgie ambulatoire n'entraînera pas d'augmentation de dépenses de transport car le nombre d'entrées et de sorties hospitalières devrait rester le même, le regroupement des plateaux techniques devrait, quant à lui, avoir une incidence en termes de temps de transport et devrait donc entraîner un coût supplémentaire.

Afin de pallier cette incidence, je citerai plusieurs pistes. En premier lieu, des consultations avancées sont mises en œuvre. Dans notre région, une centaine de consultations sont réalisées dans les hôpitaux de proximité. Ainsi un oncologue du centre de lutte contre le cancer de Reims vient-il consulter à Saint-Dizier afin de permettre d'économiser aux patients un temps de transport d'une heure et demie.

En deuxième lieu, l'amélioration d'outils d'aide à la décision dans les centres hospitaliers qui figurent dans le guide de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) permet de limiter la progression des dépenses. Trois établissements de santé de la région ont mis en œuvre un service dédié à la planification et à la gestion de la commande de transports. Une première évaluation montre que ce dispositif contribue à une meilleure utilisation de l'offre de transport, un recours plus conforme au référentiel de 2006.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Qu'en est-il de l'identification du prescripteur hospitalier ? Où se situent les oppositions à la mise en œuvre de ce principe ?

**M. Jean-Christophe Paille.** La réponse se situerait plus au niveau de l'assurance maladie que de l'ARS. Le principe est incontesté mais sa réalisation opérationnelle suppose la mise en place d'un système d'information complexe et lourd à réaliser.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Avez-vous mené une action dans ce sens dans votre région ?

**M. Jean-Christophe Paille.** Vous avez eu l'occasion d'auditionner Mme Liliane Ropars, directrice coordinatrice gestion du risque pour la région Champagne-Ardenne, qui vous a fait part des bonnes relations que la caisse d'assurance maladie entretient avec l'ARS. Nous avons collaboré dans la mise en place du programme régional de gestion du risque mais la question de l'identification du prescripteur hospitalier n'a pas été abordée.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Observe-t-on des réticences corporatistes ou des considérations d'ordre financier pour justifier cette lenteur dans la mise en œuvre de ce principe ?

**M. Jean-Christophe Paille.** Les réticences ne se situent ni du côté de l'assurance maladie, ni du côté de l'ARS. Il faut être conscient qu'un effort important est demandé aux établissements de santé en termes de systèmes d'information.

Pour conclure sur les pistes à explorer dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins, une collaboration avec les collectivités territoriales peut conduire à la mise en place d'un transport collectif, sur le modèle du ramassage scolaire, afin de permettre aux populations les plus éloignées d'un site hospitalier d'y accéder.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Je m'interroge sur la justification qui pourrait être apportée auprès des collectivités territoriales, car la santé ne relève pas de leur périmètre principal. Je crains que ce dispositif n'ait une mécanique inflationniste. La question fondamentale reste l'application du référentiel de 2006 et l'adossement du transport sur une prescription médicale.

**M. Jean-Christophe Paille.** La bonne application du référentiel est, en effet, une question primordiale. S'agissant des relations avec la caisse primaire, la collaboration est excellente dans notre région. Comme je l'ai évoqué, le programme régional de gestion du risque, élaboré en commun, comprend un volet consacré aux transports. La sensibilisation, auprès des professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes) ainsi qu'auprès des établissements de santé, au respect du référentiel de 2006, une économie de 70 millions d'euros en 2013, a été un succès dans notre région. Pour 2014, l'accent sera mis sur la pertinence de la prescription des transports itératifs.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Certaines pathologies pouvant être compatibles avec un transport non médicalisé, avez-vous mis en place des expérimentations pour encourager les patients à recourir à leur véhicule personnel avec remboursement, par exemple, des frais de stationnement ?

**M. Jean-Christophe Paille.** Dans notre région, de telles actions expérimentales n'existent pas. Nous avons privilégié les actions prévues dans le cadre du programme régional de gestion du risque. À ce titre je voudrais insister sur l'importance de l'articulation entre l'assurance maladie et l'ARS. Il est vraiment regrettable que l'assurance maladie n'ait pas de représentation institutionnelle au sein du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), même si elle est souvent invitée aux réunions à titre d'observateur. On pourrait envisager de mettre en place certains logiciels communs notamment pour contrôler les modifications apportées au Référentiel national des transports.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Beaucoup reste à faire pour améliorer la coordination entre les autorités publiques, notamment le ministère de la santé et

le ministère de l'intérieur pour l'organisation du transport de patients. À ce titre, que pensez-vous de l'idée d'attribuer à une seule autorité, en l'occurrence les caisses primaires, le pouvoir à la fois d'agrément et de conventionnement des transporteurs ?

**M. Jean-Christophe Paille.** La finalité des deux procédures est différente : l'agrément du transporteur vise à contrôler les conditions d'exercice aussi bien quant à la sécurité des véhicules qu'à la compétence des professionnels. On évalue la capacité à rendre une prestation de service de qualité, le conventionnement porte uniquement sur les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des frais de transports engagés.

Lier la perte de conventionnement et la perte d'agrément risquerait de rigidifier le système mais on pourrait envisager que les caisses primaires reçoivent délégation de pouvoir de l'ARS pour être responsable des deux procédures.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** On pourrait prévoir une obligation de double signature ARS et caisses primaires afin d'arriver à un copilotage des autorisations.

**M. Jean-Christophe Paille.** Si ces pouvoirs étaient délégués aux caisses primaires, il faudrait prévoir un certain nombre de conditions pour rendre le mécanisme opérationnel :

- si l'assurance maladie dispose du pouvoir d'agréer les entreprises de transports sanitaires, il convient de lui transférer aussi le pouvoir d'assurer le contrôle de ces entreprises par des inspections régulières ;

- les ARS devraient garder la prérogative de définir les orientations régionales en matière de transports sanitaires ;

- les instances de concertation locales comme le CODAMUPS-TS et le comité des transports sanitaires devraient être maintenues car ils permettent une véritable régulation ;

- la délégation de compétences ne devrait pas interférer avec les possibilités de réquisition en cas de carence de la garde ambulancière.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Que pensez-vous de la budgétisation des transports sanitaires au sein des budgets des hôpitaux ? Ce recours systématique aux appels d'offres inquiète beaucoup les transporteurs qui craignent de ne pas avoir la capacité de concourir car ce sont en majorité des très petites entreprises. Cela risquerait aussi d'accélérer le mouvement de concentration dans ce secteur où on observe déjà la création de « holdings » pour contrôler plusieurs entreprises jusque-là indépendantes.

**M. Jean-Christophe Paille.** À titre personnel, j'y suis plutôt favorable car cette procédure serait un facteur incitatif pour une gestion optimisée du recours aux transports des patients. Ceci dit, il faut entendre les inquiétudes des professionnels et veiller à ce que les cahiers des charges prennent en compte la diversité des entreprises de transport et permettent une mise en concurrence équitable.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Que pouvez-vous nous dire de la garde ambulancière dans votre région ?

**M. Jean-Christophe Paille.** Je tiens tout d'abord à souligner que les secteurs de la garde ambulancière ne sont pas en adéquation avec les territoires de santé tels qu'ils ont été définis par la loi dite « HPST », pour hôpital, patients, santé et territoire. Ces secteurs de

garde se rapprochent beaucoup plus des territoires de premier secours et correspondent à des bassins de vie. Le dimensionnement de ces secteurs est un facteur clé pour leur efficacité, certains ne connaissant qu'une très faible activité, tout particulièrement durant les heures de nuit. Il faudrait sans doute s'inspirer de ce qui a été fait pour la permanence des soins ambulatoires avec l'agrandissement des secteurs pour tenir compte de l'activité réelle aux heures non ouvrables.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Qu'en est-il dans votre région des relations entre les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et le service d'aide médicale urgente (SAMU) ?

**M. Jean-Christophe Paille.** Si j'en juge par mon expérience dans différentes régions, la qualité de la coopération dépend beaucoup des relations personnelles entre les responsables de chaque institution. Je peux donner l'exemple de la Haute-Marne où la mobilisation des différentes autorités publiques (préfecture, ARS et conseil général) a permis de créer une plateforme commune de réception des appels d'urgence entre le SDIS et le SAMU, mais cette action aurait été très délicate si les personnels de terrain n'avaient pas été moteurs pour opérer cette gestion commune.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Les actions de contrôle de la facturation reviennent aux caisses mais qu'en est-il de la stratégie globale ? La Cour des comptes a souligné que l'offre de transports sanitaires n'était pas efficace car elle est prisonnière de situations passées avec l'attribution d'agrèments qui ont figé des situations acquises. Comment favoriser des actions innovantes, gage d'économies, sans réduire le service rendu aux patients ? Quelle part des véhicules est équipée d'un système de géolocalisation ? Enfin, quelle est votre politique de contrôle des entreprises de transports sanitaires ?

**M. Jean-Christophe Paille.** En Champagne-Ardenne, l'ARS n'accorde plus de nouveaux agrèments et l'offre est analysée de très près avec un suivi rigoureux des fermetures d'entreprises pour évaluer s'il est alors opportun d'accorder de nouvelles autorisations de mise en service de véhicules. Nous utilisons les critères suivants pour attribuer ces autorisations : l'évolution des besoins de la population et les caractéristiques de la concurrence sur une zone géographique déterminée. Concernant la géolocalisation des véhicules et le plan de contrôle, je vous répondrai ultérieurement par écrit.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Nous avons constaté que les dépenses générées par les entreprises de taxi avaient fortement augmenté sans que le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur ne mettent en place une stratégie coordonnée de maîtrise de cette offre de transport. Au plan local, qu'en est-il de l'action concertée entre les préfectures et l'ARS ?

**M. Jean-Christophe Paille.** Pour l'instant, il n'existe pas de coopération sur cette question, ce qui est regrettable car une approche articulée serait beaucoup plus efficace.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Quelles seraient selon vous les actions prioritaires à mettre en œuvre pour rationaliser l'offre de transports de patients ?

**M. Jean-Christophe Paille.** Le point le plus important me paraît être le travail mené actuellement sur le référentiel national de transport de 2006 dont il faut vérifier le respect. Le plan régional de gestion des risques a fait porter la priorité sur ce type de contrôle et c'est tout

à fait pertinent. Le deuxième point me semble être la restructuration de l'offre de transport pour qu'elle soit adaptée aux besoins réels de la population.

Le troisième point concerne le renforcement des contrôles liés à la tarification opérés par les caisses primaires qui sont en mesure d'organiser des contrôles ciblés.

Enfin, le pilotage doit être vraiment amélioré entre l'assurance maladie et l'ARS sans d'ailleurs préjuger de la décision qui sera prise au sujet de la délégation de pouvoir relative aux agréments des entreprises de transport sanitaire. La représentation des caisses primaires dans les CODAMUPS-TS semble être un facteur important pour une véritable stratégie concertée qui passe bien évidemment aussi par le partage de logiciels permettant l'accès aux données relatives à l'activité des entreprises de transport.

*La mission procède ensuite à l'audition de M. François Maury, directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Poitou-Charentes, et de M. Gérard Récugnat, directeur de la stratégie.*

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Le transport de patients représente des volumes financiers conséquents qui sont en augmentation. Deux facteurs expliquent cette progression : la réorganisation de l'offre de soins et le vieillissement de la population. Nous souhaitons adopter, avec la MECSS, une démarche opérationnelle et nous sommes donc intéressés par une approche de terrain.

**M. François Maury, directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Poitou-Charentes.** Je ne suis directeur général de l'ARS que depuis deux mois et demi, c'est pourquoi j'ai souhaité être accompagné par M. Gérard Récugnat, directeur de la stratégie.

La région Poitou-Charentes compte 1,8 million d'habitants et 70 établissements de santé. Les dépenses de transports se sont élevées à 88 millions d'euros en 2013. Leur progression est de 3,5 %, contre 5,7 % pour la moyenne nationale. 80 % des prescriptions sont hospitalières, ce qui est plus élevé que la moyenne nationale. On compte 2 350 véhicules – les quotas autorisés de véhicules sanitaires sont dépassés. Une attention particulière a été portée aux transports sanitaires au cours des dernières années, de par la volonté de mon prédécesseur, M. François-Emmanuel Blanc.

Pour concilier économies de dépenses de transport et réorganisation territoriale de l'offre de soins, il faut avant tout apprécier la problématique dans sa globalité. Le recours à l'ambulatoire diminue les coûts structurels fixes mais peut induire un léger surcoût des dépenses de transports. Cette évolution de la prise en charge des patients s'appuie aussi sur des technologies nouvelles, comme la télémédecine et la messagerie électronique. Nous constatons en conséquence une diminution d'un certain nombre de transports de patients.

L'articulation entre les ARS et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) est une question clé. La gouvernance éclatée des transports de patients entre l'ARS, le préfet et l'assurance maladie est préjudiciable. En effet, la prise en charge des entreprises de transport sanitaire incombe à l'assurance maladie, tandis que les ARS sont chargées de leur agrément et de l'autorisation de mise en service de leurs véhicules. Je me suis rapproché du coordonnateur-directeur des CPAM de la région afin que nous adoptions une approche différente et nous avons décidé de partager nos informations et de travailler ensemble.

**M. Gérard Récugnat, directeur de la stratégie de l'ARS de Poitou-Charentes.** Nous avons, en effet, mis en place un groupe de travail commun ARS-assurance maladie, afin

de réfléchir aux modalités de restructuration de l'offre ambulatoire sur la région, en s'appuyant sur des informations de l'assurance maladie que nous n'avions pas toujours.

Il faudrait vérifier le taux d'utilisation des véhicules sanitaires. On pourrait notamment opposer à un gestionnaire de transport un taux d'utilisation insuffisant pour lui retirer l'agrément. Il est important de repositionner l'offre aux besoins.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Ce que vous dites pose le problème d'une offre souvent qualifiée de mal construite. Les moyens sont pléthoriques dans certaines régions. L'éclatement des centres de décision ne favorise pas la clarté de l'analyse opérationnelle en matière d'offre. Le sujet de la prescription, qui n'est pas en adéquation avec les référentiels, aboutit à une offre ne répondant pas à des considérations strictement médicales.

**M. François Maury.** Nous avons pris des initiatives, parmi lesquelles la diffusion d'une charte « processus », l'expérimentation d'une plateforme de centralisation des commandes de transport et le déploiement d'un logiciel spécifique.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Pouvez-vous nous apporter des précisions sur ce logiciel ?

**M. Gérard Récugnat.** Cet outil, construit par un responsable informatique de la région, nous permet de disposer d'une base de données fiable sur le nombre d'entreprises de transport sanitaire dans la région et sur la composition du parc ambulancier ou VSL de l'entreprise. Nous disposons de trois gestionnaires pour les quatre départements de la région. Si l'un est absent, les dossiers sont repris par les autres gestionnaires.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Depuis combien de temps ce logiciel fonctionne-t-il ?

**M. Gérard Récugnat.** Il fonctionne depuis un an de façon satisfaisante.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Je suis surpris que cet outil très pertinent fonctionne seulement depuis un an, puisque l'agrément délivré par l'ARS s'adosse sur ses capacités de contrôle, notamment des moyens mis à disposition pour la mission de transport de patients. Ceci nous renvoie à une problématique de rationalisation des moyens. Il existe également un enjeu de gouvernance, qui se traduit *a minima* par la capacité à travailler de façon collégiale.

**M. François Maury.** L'État dispose de moins en moins de moyens pour exercer un contrôle – il est de toute manière impossible de contrôler 2 350 véhicules. Il est plus simple d'opter pour une procédure plus déclarative avec des certifications. Il est plus facile pour nous de faire confiance *a priori*. Il est illusoire de penser que l'ARS peut exercer un contrôle complet et exhaustif sur ces véhicules. L'important est que les ARS gardent leur mission de régulateur et de cadrage des moyens et de l'implantation des transports et leur mission de gestion de l'offre globale de soins.

**M. Gérard Récugnat.** Il semblerait judicieux que la répartition des tâches entre l'ARS et l'assurance maladie soit revue : il conviendrait de confier quasi exclusivement la gestion du personnel et des véhicules à l'assurance maladie et de recentrer l'action de l'ARS vers les missions d'inspection et de contrôle que nous exerçons, mais de manière insuffisante.

Nous pourrions développer ces fonctions de terrain si nous étions déchargés de tâches administratives.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Où en est la géolocalisation dans votre région ?

**M. François Maury.** Elle fonctionne seulement dans un département, la Vienne.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Comment peut-elle devenir systématique, existe-t-il une montée en charge opérationnelle de cette géolocalisation ?

**M. Gérard Récugnat.** Elle se mettra en place dans le cadre de l'expérimentation « transports » que nous pilotons, et qui commence à se déployer depuis la fin de l'année 2013.

Nous travaillons en lien avec les acteurs concernés, à savoir les établissements de santé et les professionnels de taxis. Il existe une participation financière des adhérents à la plateforme, mais qui reste modeste.

Pour lancer cette expérimentation, l'agence a mobilisé des crédits à hauteur de 100 000 euros : une partie pour financer la logistique et l'informatique, une autre pour les ressources humaines.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** La géolocalisation pourrait-elle devenir totalement obligatoire ?

**M. François Maury.** Cela est envisageable si on le présente dans le cadre d'une approche globale, où les acteurs concernés seraient associés et où on leur montrerait qu'ils y ont un intérêt.

S'agissant des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), nous n'avons pas participé à leur signature. La Fédération hospitalière de France (FHF) n'était pas favorable à cette démarche.

**M. Gérard Récugnat.** Un recours a en effet été formé par la FHF contre ce mécanisme. En Poitou-Charentes, l'esprit de ce recours a été très suivi par les établissements de santé, qui ont appliqué la consigne nationale et n'ont pas souhaité adhérer à ces contrats.

**M. Pierre Morange, président.** Il est curieux que la FHF se permette de s'opposer à des dispositions validées par la représentation nationale, même si c'est à titre expérimental. Je souhaiterais disposer du texte de ce recours.

**M. François Maury.** Nous avons tout de même engagé une démarche de concertation avec une dizaine d'établissements ciblés pour leur proposer de signer des accords d'objectifs, en étant un peu en retrait sur les éléments de sanction qui étaient liés aux CAQOS. Les directeurs d'hôpitaux ont compris notre nouvelle démarche. Au final, quatre établissements seraient prêts à aller vers le CAQOS, après avoir expérimenté les accords d'objectifs. Cette solution alternative est propre à la région Poitou-Charentes. Je souhaiterais qu'elle puisse être évaluée.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Vous parlez de l'indépendance des praticiens et de leur liberté de prescription. Cela renvoie au sujet de l'identification du



prescripteur hospitalier. Pouvez-vous nous indiquer quelle est la progression du dispositif d'identification ?

**M. Gérard Récugnat.** Les directeurs de structures de soins ont indiqué ne pas avoir la main sur les pratiques médicales de la communauté. Il suffit par exemple qu'un praticien ait changé, et qu'il délivre davantage de prescriptions de transports pour certaines pathologies. Dans ce cas, les directeurs ont parfois du mal à expliquer l'augmentation significative du transport dans leur établissement, qui tient à un ensemble de paramètres.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** La pédagogie que l'assurance maladie met en place dans le secteur ambulatoire doit pouvoir être déclinée en milieu hospitalier, d'autant que les hôpitaux concentrent, dans une région comme la vôtre, 80 % de la demande de transport. Quand on demande à connaître le taux de progression de l'identification individuelle du prescripteur hospitalier, les réponses ne sont pas claires. On nous parle de problèmes informatiques. On ne sait si les obstacles sont techniques ou culturels. En tant que médecin, il me semble que ces obstacles viennent de la séparation entre le volet administratif et le volet médical.

**M. François Maury.** Je vous entends. Les obstacles sont à la fois techniques et culturels. C'est pourquoi nous devons travailler avec l'assurance maladie. Elle connaît les prescriptions. Ses délégués peuvent sensibiliser les praticiens hospitaliers et les médecins de ville pour leur faire percevoir les enjeux du transport de patients et mettre en relation ces deux professionnels de santé. Lorsqu'un médecin généraliste établit une prescription de transport de patients pour envoyer son patient à l'hôpital, le praticien hospitalier peut difficilement dire au patient qu'il peut rentrer par ses propres moyens. Il faut une approche globale et non pas unilatérale.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Pouvez-vous nous apporter votre témoignage sur les plateformes de centralisation de la commande de transport ?

**M. François Maury.** Nous poursuivons trois objectifs : parvenir à connaître les prescriptions ; trouver la meilleure réponse aux demandes de transport, en tenant compte de l'intérêt des transporteurs ; et enfin évaluer la pertinence de la prescription et le moyen de transport choisi. Le coordonnateur des CPAM avec lequel je dialogue s'inquiète beaucoup de cette plateforme. Ce n'est pas une réponse exhaustive et systématique apportée aux besoins de transport des patients. Elle ne couvre que ceux qui sont prescrits par les médecins hospitaliers. Un patient ne peut pas y recourir de son propre chef. La plateforme n'est pas *a priori* inflationniste. L'évaluation prévue le vérifiera. À propos de sa construction et de son fonctionnement, je laisse la parole à M. Gérard Récugnat.

**M. Gérard Récugnat.** Nous avons expérimenté cette plateforme dans le cadre de la gestion du risque. Nous y travaillons depuis longtemps. Nous avons associé à son montage les acteurs concernés. J'énonce sans doute une évidence mais on ne peut pas soutenir une ambition de cette nature à l'échelle de la région sans associer étroitement à son élaboration les transporteurs sanitaires, les taxis, les établissements de santé et l'assurance maladie. Nous prévoyons d'étendre cette expérimentation en trois étapes, d'abord aux entrées et aux sorties d'hospitalisation, ce qui va déjà nous occuper beaucoup, aux transports partagés ensuite et enfin aux urgences pré-hospitalières. Nous ne sommes qu'au début du déploiement de cette expérimentation, au centre clinique de Soyaux, en Charente, fin 2013. Un robot téléphonique confie des missions aux transporteurs en fonction de la demande. Un tour de rôle a été établi entre les transporteurs afin de les servir équitablement. Le logiciel tient compte de leur

situation sur le territoire, de leur poids économique respectif pour leur distribuer les missions. Les taxis sont dans la boucle. Un premier retour d'expérience nous indique que la distribution des missions n'est pas contestée. Les entreprises de transport concernées par cette expérimentation n'ont pas remis en cause l'architecture du dispositif. Le bilan des premiers six mois est satisfaisant. Les établissements hospitaliers de la région sont intéressés par cette plateforme. Ils y voient un intérêt administratif, un gain de temps procuré par un dialogue direct entre des machines, puisque le robot de l'hôpital appelle celui de l'entreprise de transport et un suivi des incidents. Les dysfonctionnements sont relevés et soumis pour correction au comité de suivi mis en place. Ce dispositif évite les substitutions entre moyens de transport. Lorsqu'une prescription est délivrée, il est aisé de vérifier que le moyen de transport préconisé est bien celui qui est utilisé.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur** Rien ne justifie la substitution d'un moyen de transport de tarification supérieure.

**M. Gérard Récugnat.** C'est un argument que nous présentons à nos collègues de l'assurance maladie qui sont à nos côtés mais qui s'inquiètent du modèle médico-économique de cette plateforme. Nous parions qu'à terme, cette organisation produira des économies même si je ne peux pas l'assurer aujourd'hui.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Vous avez commencé par les entrées et sorties d'hôpital. Avez-vous tenu compte des salons d'attente et des effets de file en vue d'étaler les sorties sur la journée pour éviter que les taxis n'ajoutent leur temps d'attente au tarif de leur course ?

**M. Gérard Récugnat.** Oui. Un guide des bonnes pratiques, un cahier des spécifications fonctionnelles informatiques, un manuel d'utilisation sont livrés avec la plateforme. Nous préconisons la mise en place de salon d'attente dans les établissements de santé afin de fluidifier les sorties. Certains en sont déjà dotés.

**M. François Maury.** Au titre des bénéfices indirects notables de cette expérimentation, la connaissance statistique et la maîtrise, par le médecin, de ses prescriptions de transport produit, par une prise de conscience objectivée du volume de leurs prescriptions, de meilleurs effets sur leur pratique que les injonctions autoritaires, d'autant que le gestionnaire des transports n'intervient pas directement auprès d'eux.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Vous préférez vous en remettre à cette pédagogie plutôt qu'à une budgétisation hospitalière ?

**M. François Maury.** Oui, parce que donner l'information à l'ordonnateur de la dépense est plus efficace que de confier aux gestionnaires d'un budget hospitalier le soin de s'y tenir. Nous pouvons faire confiance à la majorité des acteurs, que nous informons du coût de leurs actes, pour corriger leur pratique.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Avez-vous étendu votre expérimentation au-delà des entrées et sorties d'hôpital ?

**M. Gérard Récugnat.** Notre démarche étant régionale et ambitieuse, nous devons procéder par étapes, en déployant l'outil dans les établissements de santé et auprès d'un maximum de transporteurs. Nous avons un taux d'adhésion satisfaisant de l'ensemble des entreprises de transport sanitaire et des artisans-taxis. Lorsque nous aurons franchi cette première étape, nous pourrons développer de façon plus volontariste le transport partagé. Si

nous voulons que l'expérimentation soit un succès, il faut respecter ces étapes. La sensibilité du sujet, les peurs suscitées dans la profession de taxis, réticente à cette expérimentation, imposent la prudence.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Une plateforme analogue est-elle déployée dans votre région auprès des SAMU et des sapeurs-pompiers, dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière et la garde ambulancière ?

**M. François Maury.** Les secteurs de garde ont été divisés d'une manière qui me semble pertinente. Les rapports, toujours délicats lors des interventions, entre les SDIS, les ambulanciers et le SAMU se font, dans notre région, dans de bonnes conditions et avec un respect mutuel. Les ambulanciers s'accommodent de la régulation exercée par le centre 15. Ce n'est pas une situation modèle mais elle me semble satisfaisante. On pourrait néanmoins revoir la planification et la coordination dans une analyse globale de l'offre et des besoins.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Les antennes départementales des services d'urgence (ADSU) disposent-elles d'un coordonnateur ambulancier ?

**M. Gérard Récugnat.** Oui. Ce coordonnateur opérationnel est financé par les ambulanciers. Il est installé dans le centre 15 et non pas dans un centre de régulation privé.

**M. François Maury.** Dans cette région, le régulateur public, le régulateur de la médecine libérale et le représentant des transporteurs sont réunis. Nous ne notons pas de carences. Cela fonctionne bien.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Quelle est votre position sur les taxis et le covoiturage, dont la tarification est élevée et dont le budget a explosé ?

**M. François Maury.** La part des transports partagés ou socialisés de la région est insuffisante. Nous pouvons l'améliorer. Je rappelle que la région reste cependant moins dépensière que la moyenne nationale.

**M. Gérard Récugnat.** La population de la région Poitou-Charentes est âgée et souffre de pathologies qui ne s'adaptent guère au transport partagé. Il serait judicieux de rapprocher les services du ministère de l'intérieur et ceux du ministère de la santé sur la gestion du parc de taxis. On ne peut demander aux ARS de réguler les transports sanitaires d'une région sans lui permettre d'agir auprès du parc des taxis. Je préconise, je vous le dis de manière directe, qu'une mesure nationale mette les taxis dans la main de l'assurance maladie ou des ARS pour avoir une vision globale sur une offre de transport dont une grande partie nous échappe.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Quelle réflexion vous inspire ces expérimentations qui n'ont pas le bonheur d'être généralisées ?

**M. François Maury.** Au-delà des initiatives personnelles, je préconise un rapprochement des ARS et de l'assurance maladie. Nous devons davantage nous parler et partager nos données, comme le référentiel national des transports. Les prescripteurs n'ont pas suffisamment accès aux données qu'ils transmettent à l'assurance maladie. Il faudrait répartir clairement les rôles de l'assurance maladie, des ARS et des préfets à l'égard du transport de patients. Sans une maîtrise globale de l'offre de transport, nous restons spectateur d'une partie des déplacements. Nos moyens sont insuffisants pour nous permettre d'agir efficacement sur les taxis et les ambulanciers. Je souhaite que nous recourions davantage aux capacités des

systèmes d'information et à la géolocalisation, sans les imposer aux acteurs, mais en les présentant comme les éléments d'un référentiel qui s'imposera inéluctablement. De manière générale, nous préconisons une vision intégratrice de la problématique et de ses acteurs.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Quelles sont les autres expérimentations qui vous semblent intéressantes ?

**M. François Maury.** Il existe une expérimentation en Île-de-France entre médecins hospitaliers et médecins de ville pour coordonner leurs pratiques en matière de transport.

*La mission procède enfin à l'audition de Mme Martine Aoustin, directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon.*

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Nous avons déjà entendu ce matin vos collègues des régions Champagne-Ardenne et Poitou-Charentes. Nous sommes intéressés par les approches de terrain et par les modalités opérationnelles qui permettent de rapprocher l'offre et la demande de transports de patients. Plusieurs rapports, dont celui de la Cour des comptes, relèvent une dynamique tendancielle de progression des dépenses dans ce domaine, en raison d'une hausse des affections de longue durée, d'une restructuration de l'offre de soins, d'un excès d'offre de transport de patients, d'une gouvernance éclatée et de contrôles insuffisants. Nous souhaitons rationaliser cette offre en la soumettant à des critères objectifs suivis dans le cadre de référentiels. Le rapport de la Cour des comptes estime possible d'économiser 500 millions d'euros sur une dépense de 4 milliards en 2013. Je voudrais avoir votre sentiment sur cette conclusion et sur l'application, dans votre région, des CAQOS.

**Mme Marine Aoustin, directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon.** Le sujet des transports de patients doit être examiné dans la globalité de l'offre de soins. Il n'est pas question de faire porter la réduction du coût des transports sur une partie seulement de ce secteur économique. Il n'est pas certain, par exemple, que la mise en place de référentiels qui favorise les soins ambulatoires augmente les frais de transports en ambulance. La chirurgie ambulatoire, par exemple, avec des indications bien pensées et un accompagnement des personnes dont le domicile est éloigné de l'hôpital, peut s'accomplir sans une hausse des coûts de transports. Peu d'interventions nécessitent un retour, dans les quelques jours qui suivent, dans le service d'un patient. Par ailleurs, les soins ophtalmologiques nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale peuvent être pratiqués par des professionnels libéraux.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** C'est une opinion partagée par vos collègues.

**Mme Marine Aoustin.** Le sujet des transports de patients ne doit pas contrarier une évolution nécessaire et naturelle de la médecine hospitalière vers une prise en charge ambulatoire des patients qui évitera des hospitalisations à temps complet. Un transport des patients assuré le matin et le soir d'une hospitalisation en soins ambulatoires a le même coût que deux trajets séparés par trois jours d'hospitalisation. J'insiste sur ce point fondamental.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Vous prêchez un convaincu.

**Mme Marine Aoustin.** Nous attendons aussi des économies grâce au transport partagé des patients qui doivent recevoir des soins itératifs. Nous avons des difficultés à diminuer les dépenses de taxis, à la fois parce que le patient y est indifférent et parce que les

transporteurs n'y sont pas favorables. On devrait pouvoir responsabiliser les transporteurs et les régulateurs dans les zones urbaines.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Vous n'avez pas pu, dans votre région, permettre un arbitrage entre le remboursement de tickets de stationnement et les transports de patients ?

**Mme Marine Aoustin.** Non. Il faut être opiniâtre pour établir une contractualisation avec les transporteurs, qui ont intérêt à bénéficier de remboursements majorés en contrepartie d'une baisse du volume des courses. C'est l'équivalent d'une balance prix-volume qui est faite dans d'autres domaines.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Cet arbitrage prix-volume reste cependant soumis à la motivation médicale de la prescription et à l'économie des deniers publics.

**Mme Marine Aoustin.** Oui. La prescription médicale reste le fait générateur. La responsabilisation des personnels de santé qui prescrivent ces transports évolue favorablement mais il y a encore des progrès à faire dans les structures de soins importantes, où les prescriptions ne sont pas faites nominativement. Si l'assurance maladie avait des informations nominatives précises sur les plus gros prescripteurs de transport pour des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, nous pourrions intervenir auprès d'eux pour leur faire connaître le coût de leurs prescriptions, que certains ignorent.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Pourquoi ces ordonnances hospitalières, qui représentent 63 % des transports de patients prescrits et jusqu'à 80 % dans la région Poitou-Charentes, ne sont-elles pas nominatives ? Qu'est-ce qui s'y oppose ? Quelle autorité pourrait l'établir ?

**Mme Marine Aoustin.** Les prescriptions sont délivrées par un service et non par une personne individualisée. Il faudrait responsabiliser individuellement les prescripteurs et évoquer des contrôles. C'est un problème d'organisation interne de l'hôpital qui nécessite l'attribution aux prescripteurs d'un identifiant par l'assurance maladie. En montrant aux prescripteurs le coût de leurs dépenses de transport, comme cela a été fait pour d'autres prescriptions par les relevés du système national inter-régimes (SNIR), cela contribue à les responsabiliser. Une comparaison entre le prix d'une séance de soins pour traiter une insuffisance rénale chronique avec celui des dépenses annexes de transport occasionnées par cette séance surprendrait plus d'un médecin. Il est toutefois difficile d'obtenir les informations qui permettent d'établir cette comparaison.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Sur la dispersion des acteurs et des responsabilités dans le transport sanitaire, quelle est votre opinion ?

**Mme Marine Aoustin.** Il y a des sujets qui relèvent des uns et des autres et je pense qu'une gouvernance mieux articulée, notamment avec l'assurance maladie, nous aiderait à améliorer le regard que nous portons sur les transports. La mise en place d'une coordination est absolument nécessaire. Lorsque ce sujet est évoqué, on pense le plus souvent aux déplacements vers et à partir de l'hôpital dans le cadre de l'hospitalisation d'un patient, mais les ambulances sont aussi utilisées pour les gardes ambulancières et pour la permanence de soins, ce qui n'est pas exactement de la même nature. Une réflexion sur les transports sanitaires suppose une vision globale et la capacité de répondre à l'urgence. S'agissant de

l'articulation avec l'assurance maladie de l'agrément des entreprises et des autorisations de mise en service des véhicules, il est vrai que ces procédures sont longues et chronophages pour les personnels qui les traitent. Il pourrait donc être intéressant de transférer cette compétence. Mais je pense qu'un acteur extérieur serait plus indiqué que l'assurance maladie. Un acteur extérieur pourrait tout à fait apporter la preuve que l'ensemble des vérifications techniques et sanitaires ont été faites dans le cadre d'un cahier des charges très précis. Cela permettrait à des organes régulateurs comme les nôtres de passer moins de temps sur ce type de sujet.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** La modicité des moyens de l'assurance maladie et de l'État ne leur permet effectivement pas d'assurer l'ensemble des contrôles techniques et sanitaires. Dans ce cadre, il faut privilégier une architecture dans laquelle la fonction stratégique est assurée par les agences régionales de santé et la fonction de gestion du risque est assurée par l'assurance maladie. Quelles sont vos réflexions sur les CAQOS ?

**Mme Marine Aoustin.** Nous avons mis en place ces contrats dans le Languedoc-Roussillon depuis trois ans et nous avons procédé à une analyse comparative entre les établissements qui ont conclu un contrat et ceux qui ne l'ont pas fait. En 2011, quatre contrats ont été conclus avec des établissements publics et trois ont atteint leurs objectifs. 141 000 euros ont été redistribués au titre de l'intéressement. En 2012, cinq contrats supplémentaires ont été conclus et quatre établissements ont atteint leurs objectifs, l'intéressement ayant représenté 231 000 euros. En 2013, sur huit contrats, six établissements ont atteint leurs objectifs. En 2013, deux établissements feront l'objet d'une sanction pour un montant de 55 000 euros. Ces contrats fonctionnent de manière satisfaisante et l'intéressement représente des sommes non négligeables. Nous avons constaté une moindre évolution des dépenses dans les établissements qui ont signé ces contrats.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Le cahier des charges de ces contrats était-il le même pour l'ensemble de ces établissements ?

**Mme Marine Aoustin.** Oui, l'objectif de ces contrats est la baisse des dépenses de transport et l'amélioration de l'organisation des soins. Nous aidons aussi les établissements à faire face à des problématiques de planification et d'organisation. La direction de la qualité et de la gestion des risques de l'ARS accompagne les établissements. Tous ne sont pas dans la même situation. Nous faisons la promotion des dispositifs qui fonctionnent, tant du point de vue de la dépense que du point de vue de l'organisation. Par exemple, la mise en place de salons d'attente pour les sorties permet une meilleure fluidité des transports et une amélioration de la gestion des lits.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Lors d'une audition précédente, il nous a été indiqué que la FHF s'était autorisée à émettre des réserves sur les CAQOS. Cela m'a d'autant plus surpris que la FHF n'a pas fait part de son opposition sur ce sujet lors de son audition.

**Mme Marine Aoustin.** Des établissements nous ont effectivement fait part de ces réserves de la FHF, mais nous sommes parvenus, dans un certain nombre de dossiers, à dépasser cette position et à faire la démonstration que cela représentait un intérêt pour les établissements. Néanmoins, il faut reconnaître que l'intéressement est indispensable. Sinon les établissements auraient le sentiment de faire des économies « au profit des dépenses de la

médecine de ville » et non pour l'hôpital. Il faut responsabiliser les acteurs. Il faut un « accompagnement-responsabilité » et non un « accompagnement-sanction »

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Quand cette attitude, pour le moins surprenante, de la FHF, a-t-elle été portée à votre connaissance ?

**Mme Marine Aoustin.** Je ne saurai vous dire exactement la date. J'aurai tendance à penser néanmoins que cette attitude a été portée à ma connaissance en 2011 quand les CAQOS se sont développés. Le nombre croissant d'établissements de santé ayant signé de tels contrats ces dernières années prouve qu'il n'y a pas eu de demande de la FHF de s'opposer sur le principe à ces contrats en Languedoc-Roussillon. Nous organisons régulièrement des réunions sur la gestion des risques, auxquelles sont conviés des représentants régionaux de la FHF et nous n'avons pas eu, lors de ces réunions, d'opposition sur ce sujet.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Dans le Languedoc-Roussillon, quelle est la situation de la garde ambulancière, de la sectorisation, de l'articulation entre le SAMU et le SDIS et celle entre les CPAM, l'ARS et la préfecture ?

**Mme Marine Aoustin.** Nous avons des relations étroites avec les préfectures mais sur le sujet des taxis, la situation reste perfectible. L'articulation avec l'État fait défaut sur ce sujet. Nous travaillons en collaboration avec l'assurance maladie sur la gestion du risque. Il faudrait néanmoins laisser plus de place aux spécificités régionales. Par ailleurs, il est dommage que nous ne puissions pas mettre en place les CAQOS avec les établissements privés. La réserve de la FHF peut d'ailleurs trouver une explication dans cette situation. En revanche, si l'agrément des entreprises de transport sanitaire peut être transféré vers un autre acteur, l'autorisation de mise en service doit être maintenue au sein des ARS.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Quelle est l'articulation avec le SDIS et le SAMU ?

**Mme Marine Aoustin.** Une articulation très étroite a été expérimentée avec la mise en place de médecins correspondants du SAMU transportés par le SDIS, ce qui leur permet d'aller plus vite sur place et de dispenser les premiers soins. Je crois personnellement à la nécessaire articulation entre le SDIS et le SAMU : il faut absolument dépasser les oppositions existantes. Une telle coopération est porteuse d'efficacité pour l'avenir car le SDIS se déplace très souvent pour ces cas de secours à la personne.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Les sinistres occupent effectivement une part marginale de l'activité des SDIS. La majorité de leurs interventions concernent les secours à la personne, ce qui n'est pas sans poser problème aux entreprises de transports. Avez-vous mené des réflexions sur ce sujet ?

**Mme Marine Aoustin.** C'est un sujet difficile. Les représentants des SDIS indiquent qu'ils veulent réserver leurs interventions à leur mission première. Cependant, la réalité est bien celle que vous décrivez. La coordination et l'articulation de ces différents acteurs seront la meilleure manière de dépasser des oppositions et d'améliorer le secours aux personnes. Ce sujet ne pourra être réglé sans une vision d'ensemble. Des pompiers et des médecins libéraux du SAMU peuvent tout à fait travailler ensemble et une telle coordination valorise le SDIS. Durant la nuit, nos médecins libéraux se déplacent plus vite et nous avons davantage de volontaires.

Dans beaucoup d'endroits, il n'y a plus de permanence des soins ambulatoires (PDSA) en nuit profonde. Une articulation avec le SDIS pourrait être envisagée. Mes réflexions sont peut-être différentes de ce que vous avez pu entendre mais elles sont liées à mon expérience professionnelle puisque j'ai travaillé, par le passé, avec le SAMU et mon expérience m'amène à penser qu'une articulation entre les deux corps est possible et nécessaire.

**M. le coprésident Pierre Morange, rapporteur.** Je vous remercie et je vous invite à nous transmettre des éléments complémentaires sur ces sujets par écrit.

*La séance est levée à douze heures quarante.*