

N° 5044

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 février 2022.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

en conclusion des travaux de la mission d'information sur
les transports sanitaires

ET PRÉSENTÉ PAR

M. JULIEN BOROWCZYK ET MME JOSIANE CORNELOUP,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
SYNTHÈSE	7
INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE : LES TRANSPORTS SANITAIRES, UN DROIT CENTRAL POUR LES PATIENTS DONT L'ÉLARGISSEMENT A CONDUIT À UNE CHARGE BUDGÉTAIRE DE PLUS EN PLUS LOURDE POUR L'ASSURANCE MALADIE	11
I. PLUS D'UNE CENTAINE DE SITUATIONS JUSTIFIENT LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT SANITAIRE, RÉALISÉS GRÂCE À UN MAILLAGE TERRITORIAL DE 5 000 ENTREPRISES	11
A. UNE MULTITUDE DE SITUATIONS PEUT JUSTIFIER LA PRISE EN CHARGE DU TRANSPORT SANITAIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ..	11
B. 5 000 ENTREPRISES AU SERVICE DU TRANSPORT SANITAIRE EN FRANCE	14
II. UNE FORTE AUGMENTATION DES DÉPENSES LIÉES AUX TRANSPORTS SANITAIRES	15
A. DES DÉPENSES TRÈS DYNAMIQUES DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES	15
1. Des dépenses structurelles en augmentation constante.....	15
2. Des aides pour soutenir le secteur des transports sanitaires	16
B. UNE AUGMENTATION BUDGÉTAIRE QUI S'EXPLIQUE PAR LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, UN ÉLOIGNEMENT DES CENTRES HOSPITALIERS ET L'AUGMENTATION DES TRANSPORTS LES PLUS ONÉREUX.....	17
1. Une dépense concentrée sur les patients souffrant d'ALD et majoritairement prescrite par les établissements de santé	17
2. L'utilisation croissante des transports les plus coûteux, le vieillissement de la population et l'éloignement des centres hospitaliers expliquent également l'augmentation des dépenses.....	18
3. Une singularité française en matière d'organisation et de prise en charge des transports sanitaires	24

DEUXIÈME PARTIE : UNE ORGANISATION DU TRANSPORT SANITAIRE DIFFICILEMENT LISIBLE ET TRÈS FRAGMENTÉE.....	29
I. UNE ORGANISATION FRAGMENTÉE ENTRE DE NOMBREUX ACTEURS...	29
A. LE TRANSPORT ASSIS PROFESSIONNALISÉ : L'OPPORTUNITÉ D'UN RAPPROCHEMENT ENTRE VÉHICULES SANITAIRES LÉGERS ET TAXIS ?.....	29
1. Les véhicules sanitaires légers : des trajets courts, des dépenses en baisse.....	29
2. Les taxis conventionnés : des tarifs peu clairs et globalement plus élevés.....	31
B. LE TRANSPORT SANITAIRE URGENT : DES « CARENCES AMBULANCIÈRES » EN AUGMENTATION ET QUI RENDENT NÉCESSAIRE L'INTERVENTION DES SAPEURS-POMPIERS.....	33
1. Les ambulances, une dépense importante pour une majorité de courts trajets	33
2. Une « carence ambulancière » en augmentation qui contraint à l'intervention des sapeurs-pompiers.....	35
II. UNE ORGANISATION FRAGMENTÉE ENTRE PLUSIEURS MINISTÈRES....	39
TROISIÈME PARTIE : DES RÉFORMES RÉCENTES QU'IL IMPORTE DE PROLONGER.....	43
I. DES RÉFORMES RÉCENTES EN CE QUI CONCERNE LE TRANSPORT URGENT ET LA RÉGULATION DE LA DÉPENSE.....	43
A. LA RÉFORME DU TRANSPORT URGENT PRÉ-HOSPITALIER.....	43
1. De nombreuses réformes des services d'urgence depuis 2012.....	43
2. Une réforme en cours qui peine à aboutir.....	44
3. Des réflexions autour de la « plateforme unique d'appels » d'urgence.....	47
B. DES RÉFORMES POUR RÉGULER ET ADAPTER LA DÉPENSE EN MATIÈRE DE TRANSPORT SANITAIRE	49
1. La réforme dite de « l'article 80 »	49
2. Adapter les types de transports : les exemples du transport bariatrique et du transport partagé.....	52
a. Les transports bariatriques	52
b. Le transport partagé	55
II. DES RÉFORMES À PROLONGER POUR CONTINUER À AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU SECTEUR ET REVALORISER LA PROFESSION DE TRANSPORTEUR SANITAIRE	56
A. FAIRE GAGNER EN EFFICIENCE LE SECTEUR DES TRANSPORTS SANITAIRES.....	56
1. Pour plus de données et d'innovations au service des patients et d'un transport sanitaire plus « vert »	56
2. Pour plus de pédagogie auprès des patients.....	60
3. Une prescription médicale à remettre au centre du processus	62
4. Utiliser pleinement des outils de régulation face à l'augmentation de l'utilisation des transports sanitaires les plus coûteux.....	64
B. FAIRE ÉVOLUER LA PROFESSION DE TRANSPORTEUR SANITAIRE....	66

CONCLUSION	69
TRAVAUX DE LA COMMISSION	71
SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS	83
ANNEXES	85
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURS	85
ANNEXE N° 2 : DÉPENSES ET NOMBRE DE TRANSPORTS SANITAIRES, TOUS MODES CONFONDUS, PAR RÉGION (2020)	89
ANNEXE N° 3 : RÉPARTITION DES COMPÉTENCES DES DIFFÉRENTES AUTORITÉS DE TUTELLE SUR LE SECTEUR DU TRANSPORT SANITAIRE	91

SYNTHÈSE

La prise en charge des frais de transports sanitaires constitue une condition indispensable à l'égal accès aux soins. Ces transports peuvent être assurés par une ambulance, un véhicule sanitaire léger, un taxi conventionné, le véhicule personnel ou des transports en commun.

Le rapport d'information fait le point sur les situations pouvant justifier un remboursement des frais de transports sanitaires par l'assurance maladie : hospitalisation, traitements d'une affection de longue durée ou liés à un accident du travail, *etc.* Quelque 140 cas peuvent être déterminés, ce qui peut nuire à la lisibilité des règles. Environ 5 000 entreprises existent en France pour assurer ce transport sanitaire.

Pour l'assurance maladie, les transports sanitaires constituent un poste de dépense de plus en plus important, passé de 2,3 milliards d'euros en 2003 à 4,3 milliards en 2020. L'augmentation continue de la dépense s'explique notamment par la prédominance, parmi les bénéficiaires du transport sanitaire, des patients atteints d'affection de longue durée (exonérés de ticket modérateur) ; par l'utilisation croissante des taxis (48 % des trajets en 2020), avec les tarifs parmi les plus élevés ; par le vieillissement de la population et enfin par l'éloignement de certains centres hospitaliers.

Le rapport d'information fait ensuite une analyse de la situation de chaque type de véhicule, notamment les 14 000 VSL mais aussi les taxis conventionnés (82 % des taxis hors Île-de-France). En parallèle, les services d'incendie et de secours participent, en plus des ambulances, au transport urgent pré-hospitalier en raison d'une augmentation de la « carence ambulancière ». Celle-ci s'explique notamment par les difficultés économiques auxquelles ces entreprises sont confrontées. Les rapporteurs demandent donc non seulement à ce que la réforme en cours du transport urgent aboutisse, mais aussi à ce que des réflexions soient engagées autour de la « plateforme unique » de réception des appels d'urgence.

D'importantes réformes ont été menées ces dernières années pour tenter de restructurer l'offre de transport sanitaire en France. Depuis 2018, les établissements de santé prennent à leur charge les transports inter et intra-hospitaliers, représentant 270 millions d'euros en 2020. Le transport bariatrique (pour les personnes en situation d'obésité) et le transport partagé ont également bénéficié d'initiatives récentes.

Enfin, le rapport d'information formule des propositions complémentaires pour continuer d'assurer des transports sanitaires de qualité. D'abord, un fort besoin de données a été signalé aux rapporteurs. Le pilotage fin, territoire par territoire, impose de connaître précisément les besoins et l'offre de transport sanitaire, ce qui est insuffisamment le cas aujourd'hui. Les outils de contingentement de l'offre de transport, présents dans notre droit, pourraient ainsi être mieux utilisés. En outre, des plateformes territoriales de centralisation des demandes de transport pourraient également être envisagées, afin d'assurer un meilleur appariement entre offre et besoin de transport sanitaire. Les établissements de santé pourraient également se doter de salons d'entrée et de sortie.

Un important travail de pédagogie s'avère par ailleurs nécessaire auprès des patients, afin de rappeler les motifs pouvant justifier une prise en charge par l'assurance maladie. En parallèle, les rapporteurs proposent de flexibiliser les conditions de remboursement des trajets en véhicule personnel, aujourd'hui conditionnés à des trajets de plus de 150 kilomètres. Il faut également moderniser le référentiel de prescription des transports, qui date de 2006 et sert de base aux professionnels de santé pour réaliser les « bons de transports ». Enfin, il importe de faire évoluer la profession de transporteur sanitaire qui souffre d'un manque d'attractivité. Les rapporteurs demandent ainsi que le permis de conduire puisse être inscrit dans le cadre de parcours de formation, afin d'inciter à l'entrée dans la profession. Ils proposent enfin de réfléchir à l'élargissement des gestes que les ambulanciers peuvent réaliser et à la définition passerelles avec les autres métiers du soin.

INTRODUCTION

Le transport sanitaire constitue un **droit fondamental pour les patients**, en ce qu'il permet de rendre les soins concrètement accessibles à l'ensemble des assurés sociaux, quelles que soient leur condition sociale, leur pathologie ou leur situation géographique. En effet, l'accès aux soins dépend directement de la possibilité de se rendre dans un lieu où les soins pourront être prodigués, que ce soit dans un établissement hospitalier ou dans un cabinet de médecine de ville, pour consulter tous les types de professionnels de santé.

Ainsi, la loi garantit à tous les patients qui en ont besoin la prise en charge, partielle ou totale, des frais afférents. Pour les transports qui peuvent être programmés, le choix du mode de transport doit être prescrit par le médecin en fonction de l'état du patient. Plusieurs catégories de transports permettent de couvrir l'ensemble des situations médicales :

- **l'ambulance**, véhicule spécialement aménagé et pouvant être adapté pour la prise en charge, en position assise ou allongée, de certaines situations médicales précises ;

- le **véhicule sanitaire léger (VSL)**, affecté au transport sanitaire terrestre de trois malades au maximum en position assise, conduit par un ambulancier – ou un auxiliaire-ambulancier – et pouvant également transporter des produits sanguins labiles ⁽¹⁾ ;

- le **taxi conventionné** avec les caisses primaires d'assurance maladie ;

- **d'autres modes de transports** (véhicule personnel, transport en commun, avion, bateau).

Le secteur des transports sanitaires, qui compte un peu plus de 5 000 entreprises en France, rencontre des difficultés financières qui peuvent en empêcher certaines d'assurer des missions pourtant indispensables, en particulier le **transport urgent pré-hospitalier**, qui se distingue dans sa fonction et son organisation du transport programmé. Le transport urgent connaît en effet des dysfonctionnements majeurs qui imposent le recours aux services d'incendie et de secours.

En 2020, plus de **61 millions de trajets** au titre du transport sanitaire ont été réalisés, représentant une dépense pour l'assurance maladie d'environ 4,3 milliards d'euros, après un pic en 2019 (4,7 milliards d'euros) ⁽²⁾. À ce titre, les rapports qui ont analysé, ces dernières années, la question du transport sanitaire s'accordent sur un constat budgétaire inquiétant. En effet, les dépenses au titre des

(1) Produits issus du sang d'un donneur, destinés à être transfusés à un patient.

(2) Données transmises par la Caisse nationale de l'assurance maladie à vos rapporteurs.

transports sanitaires n'ont cessé de croître depuis le début des années 2000. Le dernier rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur ce sujet, réalisé en novembre 2014 ⁽¹⁾, indiquait qu'en 2003, ces dépenses s'élevaient à 2,3 milliards d'euros – et à 4 milliards d'euros en 2013. Depuis, la dynamique budgétaire ne s'est pas enrayée. La Cour des comptes a formulé un constat similaire à deux reprises, en 2012 ⁽²⁾ et 2019 ⁽³⁾.

Les causes peuvent être à rechercher d'abord dans **l'élargissement progressif de ce droit**, souvent bien au-delà des dispositions normatives qui s'appliquent au secteur. Le droit au transport sanitaire pour les patients qui en ont besoin, sur prescription médicale, semble s'appliquer plus largement à tous les patients, sans véritable distinction de leurs situations. De plus, les **modes de transports les plus coûteux** (ambulance et taxi) sont devenus majoritaires, en raison notamment d'une régulation insuffisante de la part des pouvoirs publics.

C'est pourquoi, après plusieurs rapports portant sur certains pans de ce sujet central pour l'égal accès aux soins ⁽⁴⁾, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a décidé de créer une mission d'information qui doit d'abord permettre de **faire le point sur la situation juridique et budgétaire** du transport de patients, qu'il soit programmé ou urgent (*première partie*).

Cette mission d'information est également l'occasion de rappeler **l'organisation générale de ce secteur**, qui manque souvent de lisibilité, en raison d'une multiplicité d'acteurs aux spécificités parfois mal identifiées et de la multiplication des autorités ayant compétence sur le secteur (*deuxième partie*).

Enfin, le présent rapport, après avoir rappelé les réformes d'ampleur qui ont été menées au cours des dernières années, formule des **pistes d'évolution**, afin d'assurer non seulement la vitalité économique du secteur, mais aussi de recentrer la dépense sur les patients qui en ont besoin et permettre de revaloriser le statut aujourd'hui insuffisamment reconnu des professionnels du transport sanitaire (*troisième partie*).

(1) Assemblée nationale, rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le transport de patients, et présenté par M. Pierre Morange, 27 novembre 2014.

(2) Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre XI « Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie », septembre 2012 (pages 309 à 338).

(3) Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre VI « Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire », octobre 2019 (pages 250 à 283).

(4) En particulier : Didier Eyssartier, conseiller général des établissements de santé, « Rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre », ministère de la santé et des sports, septembre 2010 ; Thierry Wahl, inspecteur général des finances, Pierre Lesteven, conseiller général des établissements de santé, Paul-Emmanuel Grimonprez, inspecteur général de l'administration, et Ève Robert, inspectrice générale des affaires sociales, « Revue de dépenses relatives aux transports sanitaires », avril 2016.

PREMIÈRE PARTIE : LES TRANSPORTS SANITAIRES, UN DROIT CENTRAL POUR LES PATIENTS DONT L'ÉLARGISSEMENT A CONDUIT À UNE CHARGE BUDGÉTAIRE DE PLUS EN PLUS LOURDE POUR L'ASSURANCE MALADIE

De très nombreuses situations peuvent justifier la prise en charge des frais de transport sanitaire par l'assurance maladie, lequel s'appuie sur un maillage important d'environ 5 000 entreprises, exerçant parfois plusieurs types d'activités (I). Les règles en vigueur conduisent toutefois à une augmentation continue des dépenses de l'assurance maladie en matière de transport sanitaire, s'expliquant en grande partie par l'utilisation croissante des véhicules les plus coûteux (II).

I. PLUS D'UNE CENTAINE DE SITUATIONS JUSTIFIENT LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT SANITAIRE, RÉALISÉS GRÂCE À UN MAILLAGE TERRITORIAL DE 5 000 ENTREPRISES

A. UNE MULTITUDE DE SITUATIONS PEUT JUSTIFIER LA PRISE EN CHARGE DU TRANSPORT SANITAIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE

De nombreuses situations peuvent conduire à la prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport pour recevoir des soins ou des examens appropriés à l'état de l'assuré ou de l'ayant droit. Aux termes de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale, il existe **onze motifs de prise en charge** par l'assurance maladie des frais de transport sanitaire :

- les transports liés aux soins ou traitements dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ;

- les transports nécessaires pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale : pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture de certains appareils ⁽¹⁾ ; pour répondre à une convocation du contrôle médical ; pour répondre à la convocation d'un médecin expert ou consultant désigné par une juridiction saisie d'une contestation relevant de l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾ ou pour se rendre à l'audience de cette juridiction au cours de laquelle une consultation clinique a lieu ; pour se rendre à la consultation d'un médecin expert ⁽³⁾ ; pour se rendre à la convocation de la commission saisie en application de l'article R. 142-8 du code de la sécurité sociale ou du médecin désigné par cette dernière ⁽⁴⁾.

(1) *Chapitres 5, 6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale.*

(2) *Excepté ses 2°, 3° et 7°.*

(3) *Article R. 141-1 du code de la sécurité sociale.*

(4) *Article R. 142-8-4 du code de la sécurité sociale.*

Un ticket modérateur de 35 % est théoriquement appliqué aux frais de transport. Il existe toutefois aujourd'hui **douze cas** ⁽¹⁾ **d'exonération de ce ticket modérateur** ⁽²⁾ :

- les transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée exonérante et présentant une ou des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports, fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006 ;

- les transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;

- les transports des femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse et jusqu'à douze jours après la date d'accouchement ;

- les transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de trente jours ;

- les transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux ;

- les transports en vue de recevoir des soins ou subir des examens en rapport avec un acte de terrorisme ;

- les transports entre deux établissements, ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, lorsqu'intervient une seconde hospitalisation consécutive et en lien direct avec une première hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte coûteux ;

- les transports lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement en vue d'un traitement mieux adapté à son état ;

- les transports des personnes relevant du régime local d'Alsace-Moselle ;

- les transports des personnes titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve invalide, d'une rente pour un accident du travail ou une maladie professionnelle avec un taux d'incapacité supérieur à 66,66 % ;

- les transports des personnes bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'État et des soins urgents ;

(1) Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

(2) Pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS), le ticket modérateur est pris en charge et ils n'acquittent donc pas de participation. Il en est de même pour les transports des personnes relevant du régime local d'Alsace-Moselle.

- les transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les CAMSP et les CMPP ;
- les transports des enfants et des adolescents handicapés ;
- les transports des assurés titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse.

Une franchise médicale de 2 euros par transport ⁽¹⁾ s'applique également. **Cinq cas d'exonération de cette franchise** existent toutefois, comme le prévoient le code de la sécurité sociale ⁽²⁾, le code de l'action sociale et des familles ⁽³⁾ et le code des pensions militaires et d'invalidité et des victimes de guerre ⁽⁴⁾ :

- les transports des ayants droit mineurs des assurés sociaux ;
- les transports des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'État et des soins urgents ;
- les transports des personnes titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve invalide, d'une rente pour un accident du travail ou une maladie professionnelle avec un taux d'incapacité supérieur à 66,66 % ;
- les transports des femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse et jusqu'à douze jours après la date d'accouchement ;
- les transports des victimes d'acte de terrorisme pour les soins en lien.

Il faut donc souligner **l'extrême diversité de situations pouvant conduire à la prise en charge des frais de transport sanitaire**. La Cour des comptes a comptabilisé « *pas moins de 140 situations possibles* » en la matière, par « *combinaison des motifs de prise en charge, d'exonération du ticket modérateur et d'exonération de la franchise* » et qualifie certaines de ces situations « *d'incohérentes* » ⁽⁵⁾. Il faut aussi y ajouter près de 70 situations liées au transport de malades intra et inter-hospitaliers. Ainsi, en 2020, le taux de remboursement moyen observé était de 94,7 %.

(1) Dans la limite de 4 euros par jour et de 50 euros par an, tous types de franchises confondus.

(2) Articles L. 160-15, L. 169-2 et L. 160-9.

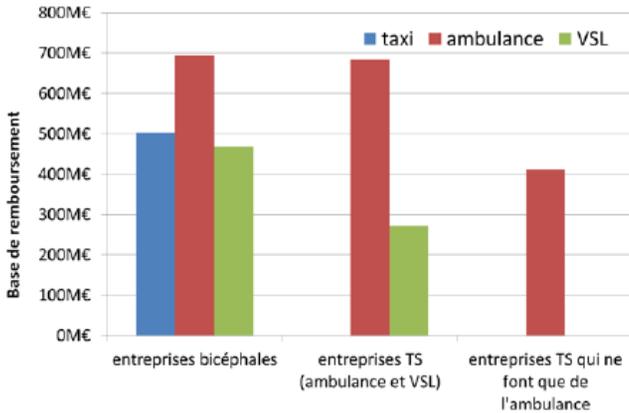
(3) Article L. 251-2.

(4) Article L. 212-1.

(5) Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précitée*, octobre 2019 (pages 260 et 261).

Les entreprises bicéphales concentrent 26,5 % des dépenses remboursables de taxis (503 millions d’euros) et 46 % des dépenses remboursables de transport sanitaire.

DÉPENSES REMBOURSABLES PAR TYPE D’ENTREPRISE DE TRANSPORT SANITAIRE (2021)



Source : Caisse nationale de l’assurance maladie.

II. UNE FORTE AUGMENTATION DES DÉPENSES LIÉES AUX TRANSPORTS SANITAIRES

A. DES DÉPENSES TRÈS DYNAMIQUES DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES

1. Des dépenses structurelles en augmentation constante

Les données transmises par l’assurance maladie à vos rapporteurs confirment les analyses régulièrement formulées sur l’augmentation continue des dépenses liées aux transports sanitaires. Ainsi, en 2020, la prise en charge des transports sanitaires a représenté **4,3 milliards d’euros** pour la Caisse nationale de l’assurance maladie (CNAM). Un pic a été atteint en 2019, avec une dépense de 4,7 milliards d’euros ⁽¹⁾.

Certes, la crise sanitaire et une réforme importante en 2018 ⁽²⁾ ont entraîné, entre 2019 et 2020, une baisse de 8,7 % des dépenses remboursées, mais cela ne doit pas cacher l’évolution très dynamique des dépenses sur les dernières années, avec un taux annuel moyen de croissance de 3,7 % entre 2013 et 2018, dont 6,8 % pour les taxis.

(1) 4,5 milliards d’euros remboursables en 2020 (hors Dipa, aides exceptionnelles et transitoires), représentant le total pris en charge par l’assurance maladie, les organismes complémentaires et les patients le cas échéant.

(2) Année de réforme du remboursement des transports inter et intra-hospitaliers, portée par l’article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2018, et décrite infra.

MONTANTS REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE AU TITRE DE CHAQUE TYPE DE TRANSPORT SANITAIRE (2019 ET 2020)

<i>Mt remboursés en M€</i>	2019	2020	Evolution 2019/2020	TCAM 2013/2018
Ambulances	1 703,9	1 655	-2,9%	2,3%
VSL	834,4	710	-14,9%	2,0%
Taxis	2 040,2	1 839	-9,9%	6,8%
Autres	137,7	104	-24,6%	-3,0%
Total général	4 716,6	4 308,6	-8,7%	3,7%
sous-total TS	2 538,3	2 365,1	-6,8%	2,2%
sous-total TAP	2 874,6	2 549,0	-11,3%	5,2%

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

En 2019, la Cour des comptes ⁽¹⁾ avait déjà bien montré que **le taux de remboursement des transports sanitaires par l'assurance maladie (93,1 %)** était largement supérieur à celui des médicaments (72,7 %), des soins de ville (65,1 %) et des soins, prestations et biens médicaux dans leur ensemble (77,8 %). Après intervention des couvertures complémentaires de santé, le reste à charge des ménages s'élevait à environ 0,8 % du total en 2017.

2. Des aides pour soutenir le secteur des transports sanitaires

Au-delà des dépenses structurelles, **différentes aides ont été versées au secteur du transport sanitaire**, soit dans l'attente de la réforme du transport d'urgence pré-hospitalier, soit pour faire face à la crise sanitaire. D'après les données transmises par le ministère des solidarités et de la santé, trois aides sont ainsi financées par l'intermédiaire du fonds d'intervention régional :

- l'aide transitoire versée depuis le 1^{er} juillet 2019, d'un montant de 38 millions d'euros par an ;
- une première aide exceptionnelle versée en attente des négociations conventionnelles différées au second semestre 2020 (42 millions d'euros en mars 2020) ;
- une seconde aide exceptionnelle versée en attendant la mise en place du transport d'urgence pré-hospitalier (19 millions d'euros en octobre 2021).

En outre, l'indemnisation versée aux transporteurs sanitaires au titre du dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA) représente un montant de 100 millions d'euros. Son objectif était de permettre aux professionnels de santé de faire face à leurs charges fixes professionnelles pour faciliter la reprise de leur activité après la crise sanitaire.

Enfin, pour disposer d'une vision complète des dépenses en matière de transport sanitaire, il convient d'ajouter le **coût des transports intra et**

(1) Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précitée, octobre 2019 (page 252).

inter-établissements, supportés par les établissements de santé depuis 2018 et imputés sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) « établissement de santé » ⁽¹⁾. En 2020, ces transports correspondent à 273 millions d'euros en montants remboursables.

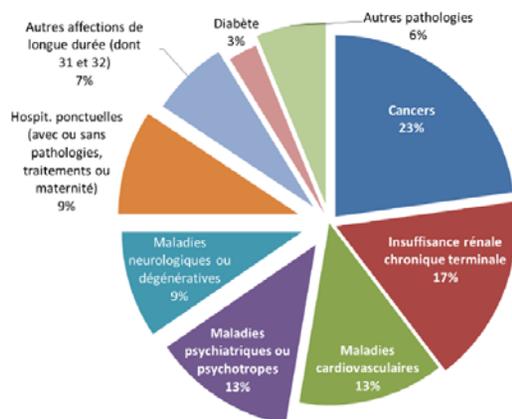
Cette dynamique globale des dépenses ne s'est pas enrayée en 2021 puisque, selon les dernières données, entre janvier et septembre 2021, 3,75 milliards d'euros avaient été remboursés sur les neuf premiers mois de 2021, soit une hausse de 7,9 % des dépenses entre 2019 et 2021 et de 21,2 % entre 2020 et 2021.

B. UNE AUGMENTATION BUDGÉTAIRE QUI S'EXPLIQUE PAR LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, UN ÉLOIGNEMENT DES CENTRES HOSPITALIERS ET L'AUGMENTATION DES TRANSPORTS LES PLUS ONÉREUX

1. Une dépense concentrée sur les patients souffrant d'ALD et majoritairement prescrite par les établissements de santé

En 2019, deux tiers des dépenses de transports s'expliquent par le traitement de quatre pathologies : les cancers (23 %), l'insuffisance rénale (17 %), les maladies psychiatriques (13 %) et les pathologies cardiovasculaires (13 %).

RÉPARTITION DES DÉPENSES DE TRANSPORT SANITAIRE PAR TYPES DE PATHOLOGIES



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

Ainsi, en 2020, 82,7 % des dépenses remboursées de transport bénéficient à des patients en affection de longue durée (ALD) contre 79 % en 2013 ⁽²⁾. Pour ces patients, le ticket modérateur de 35 % est automatiquement pris en charge au titre

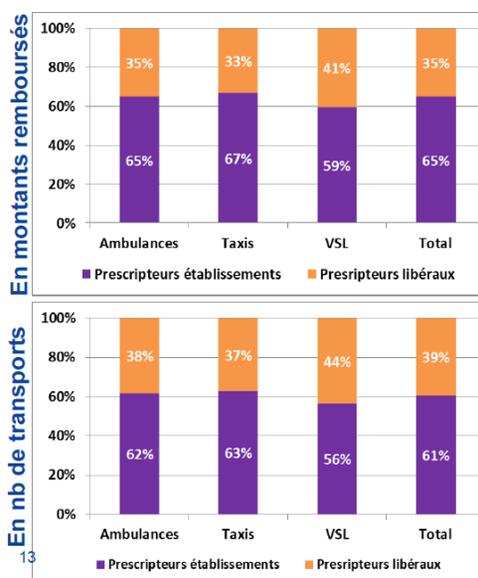
(1) Ces analyses budgétaires excluent les dépenses de transports médico-sociaux, que la Cour des comptes qualifiait en 2019 de « non-suivies mais significatives », les évaluant à plus de 1 milliard d'euros en 2017, dans son rapport précité sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019 (page 255).

(2) Réponses du ministère des solidarités et de la santé à vos rapporteurs.

de la pathologie exonérante. Selon la Cour des comptes, « cette concentration sur les ALD concourt à expliquer le niveau très élevé de la part des dépenses de transport prises en charge par l'assurance maladie ». ⁽¹⁾

Enfin, d'après les données de l'assurance maladie, en 2020, près de deux tiers des prescriptions en montant et 61 % en nombre de transports sont réalisés par des établissements de santé. Quelques disparités existent selon le moyen de transport : 59 % des dépenses remboursées de VSL sont prescrites par des établissements de santé contre 67 % pour les taxis. 56 % des montants remboursés de transports prescrits par les médecins libéraux correspondent à des prescriptions de généralistes.

PROPORTION DES TYPES DE PRESCRIPTEURS PAR MODES DE TRANSPORT SANITAIRE, EN MONTANTS REMBOURSÉS ET EN NOMBRE DE TRANSPORTS (2020)



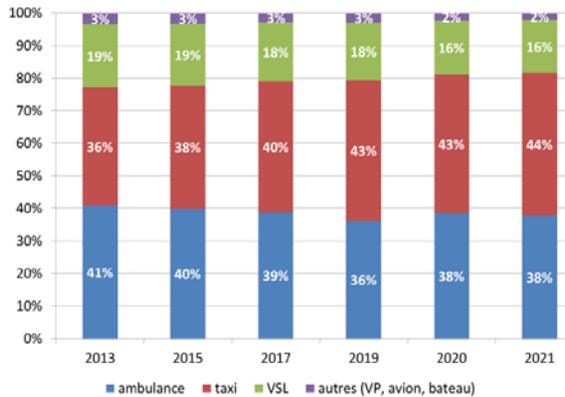
Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

2. L'utilisation croissante des transports les plus coûteux, le vieillissement de la population et l'éloignement des centres hospitaliers expliquent également l'augmentation des dépenses

Pour comprendre les raisons d'une telle dynamique budgétaire, il est également nécessaire de comparer l'évolution des prises en charge des différents types de transport. Il apparaît ainsi que les ambulances ont les dépenses les plus dynamiques (+ 12 % par rapport à 2019) tandis que les VSL ont des dépenses stables (+ 0,4 % par rapport à 2019).

(1) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précitée, octobre 2019 (page 256).

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DES DÉPENSES REMBOURSÉES PAR TYPE DE TRANSPORT SANITAIRE DEPUIS 2013



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

Si la part de l'ambulance a diminué de 41 à 38 % entre 2013 et 2021, un rebond est observé depuis 2019, résultant probablement de la crise sanitaire et des mesures de désinfection et de protection, plus difficiles à respecter en transport assis professionnalisé (TAP), soit les taxis et les VSL. La part du VSL dans les dépenses de l'assurance maladie a reculé de 3 points entre 2013 et 2021, passant de 19 à 16 %, tandis que celle du taxi a gagné 8 points (36 % à 44 %). 60 % des dépenses de transports sanitaires correspondent ainsi à un TAP. La part des autres modes de transport comme le véhicule personnel (71 millions d'euros en 2019 et 60 millions d'euros en 2020), l'avion et le bateau (66 et 43 millions d'euros) reste stable, aux alentours de 2 à 3 %.

Ainsi, les trajets en ambulances et taxis constituent 82 % de la dépense en 2021 contre 77 % en 2013. Logiquement, la **proportion de trajets réalisés en taxi a très fortement augmenté entre 1995 et 2020**, au point de devenir presque majoritaire (passant de 16 % à 48 %), au détriment du nombre de trajets réalisés en VSL (passant de 46 % à moins de 30 % sur la même période).

ÉVOLUTION DE LA PART RESPECTIVE DES TROIS PRINCIPAUX MODES DE TRANSPORT TERRESTRE (EN POURCENTAGE DU NOMBRE DE TRAJETS) DEPUIS 1995

	1995	2011	2013	2015	2017	2020
Ambulances	38 %	22,8 %	22,9 %	22,8 %	22,4 %	22,1 %
Taxis conventionnés	16 %	40 %	42,7 %	44,1 %	45,7 %	48 %
VSL	46 %	37,2 %	34,4 %	33,1 %	31,9 %	29,9 %

Source : Cour des comptes (pour les années 1995 à 2017) et commission des affaires sociales à partir des données de la CNAM (pour l'année 2020).

Or, les coûts des différents types de transport varient fortement. En effet, conformément à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, la tarification des transports sanitaires est encadrée par voie conventionnelle entre les fédérations représentatives des transporteurs sanitaires et l'assurance maladie. Il existe actuellement trois types de conventions de l'assurance maladie en matière de transports sanitaires qui sont régulièrement révisés :

- une convention nationale avec les **transporteurs sanitaires privés (comprenant les ambulanciers)** signée le 26 décembre 2002 ⁽¹⁾ ;

- un modèle de convention-type approuvé par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 18 décembre 2018 définissant les conventions locales applicables aux **entreprises de taxi** ;

- des conventions locales avec des sociétés ou des associations de service à la personne pour la prise en charge des **transports de patients à mobilité réduite** ⁽²⁾.

Les deux premiers dispositifs conventionnels fixent principalement les tarifs de prise en charge des transports ⁽³⁾. Ces derniers varient en fonction des modes de transport. La convention de 2002 prévoit notamment :

- **un forfait** : forfait départemental, forfait agglomération (uniquement pour les ambulances) ou prise en charge, établi selon le lieu du siège de l'entreprise de transports sanitaires ;

- **un tarif kilométrique** : applicable à la distance parcourue en charge, du lieu de départ au lieu d'arrivée, déduction faite des trois premiers kilomètres inclus dans le forfait départemental et le forfait agglomération, ou dès le premier kilomètre parcouru dans le cas de la facturation de la prise en charge ;

- **une valorisation des trajets courts** (majoration dégressive, en fonction du nombre de kilomètres parcourus) ;

- **des majorations pour les trajets réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés** ainsi que des suppléments pour les transports de personnes à mobilité réduite, pour les transports depuis ou vers un aéroport, un port ou une gare et s'agissant des ambulances, pour les transports sur régulation du SAMU et les transports de prématurés ;

- un abattement appliqué à la facturation en cas de **transport partagé** pour le VSL.

(1) Approuvée par arrêté du 20 mars 2003. Le dernier avenant (n° 10) est entré en vigueur le 8 mars 2021.

(2) Ces conventions ont été conclues en majorité avant 2006 et devraient être dénoncées au fur et à mesure de la montée en charge de l'offre des transporteurs sanitaires et des entreprises de taxi, en application des nouvelles clauses conventionnelles y afférant.

(3) Ils instaurent également des mesures de gestion du risque comme le transport partagé, le transport de personnes à mobilité réduite ou l'encadrement de l'offre pour les entreprises de taxi. Ces conventions prévoient également la mise à disposition de télé-services simplifiant les échanges avec l'assurance maladie mais permettant également de faciliter l'analyse des demandes de transport.

Les tarifs nationaux des taxis sont, quant à eux, arrêtés par le ministère des finances puis déclinés localement par des arrêtés préfectoraux. Ces tarifs sont ensuite définis dans des conventions négociées localement et annuellement entre les entreprises de taxis et les organismes locaux d'assurance maladie ⁽¹⁾. Bien que la tarification des taxis conventionnés puisse varier en fonction de l'accord conclu au niveau local, les principaux éléments de tarification sont les suivants :

- un forfait de prise en charge ;
- un tarif kilométrique (majoré la nuit et le weekend) ;
- la facturation de frais d'approche, des temps d'attente et les retours à vide ;
- la valorisation des trajets courts ou réalisés en agglomération ;
- les suppléments relatifs au transport de personnes à mobilité réduite et marche lente (dans certains départements).

Au total, en 2020, les tarifs moyens étaient de :

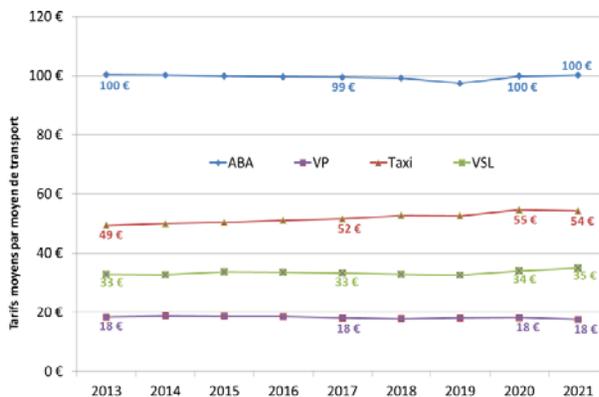
- 100 euros pour une ambulance ;
- 55 euros pour un taxi ;
- 34 euros pour un VSL ;
- 18 euros pour un véhicule personnel.

Les tarifs moyens sont stables depuis 2013, à l'exception des taxis dont le tarif moyen a augmenté de 10 % en raison de l'indexation des tarifs de référence de l'assurance maladie sur les tarifs préfectoraux ⁽²⁾. En 2020, le tarif moyen des VSL a légèrement augmenté en raison de la baisse du recours aux transports partagés du fait de la crise sanitaire. Cette stabilité des tarifs des VSL et ambulances doit être mise en regard avec l'augmentation continue des coûts que ces entreprises doivent supporter, en particulier le carburant. Cela peut expliquer, au moins en partie, les difficultés économiques dans lesquelles ces entreprises peuvent se trouver.

(1) Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

(2) L'indexation varie selon les années en application du protocole national avec les fédérations nationales des taxis signé en 2018.

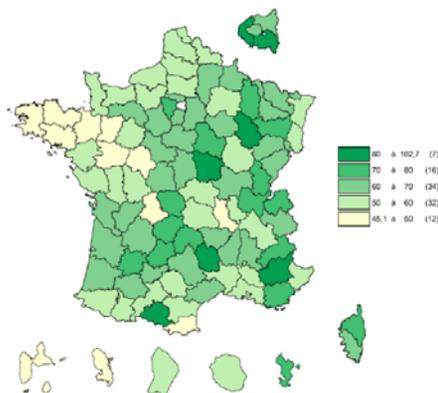
ÉVOLUTION DES TARIFS MOYENS PAR TYPE DE TRANSPORT SANITAIRE DEPUIS 2013



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

Les tarifs moyens pour les trois modes de transport sont également très **variables selon les départements**. En 2020, il était de 45 euros en Ille-et-Vilaine, contre 103 euros en Lozère (la moyenne nationale étant de 60 euros). Ces écarts de tarifs de transport s'expliquent par les distances à parcourir, l'offre de soins et la part des trois modes de transport, dont le tarif moyen diverge.

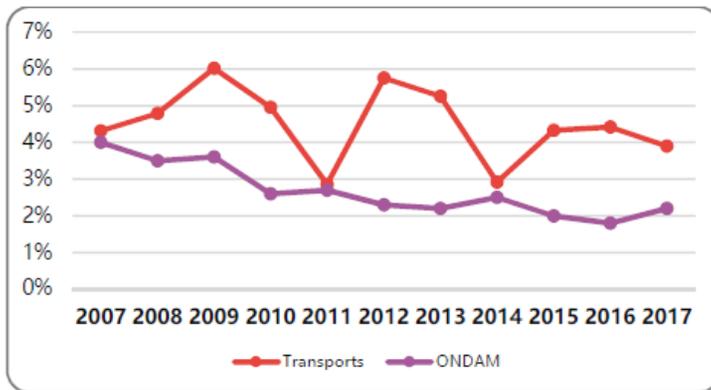
TARIFS MOYENS DE TRANSPORTS SANITAIRES PAR DÉPARTEMENT (2020)



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

Au total, du fait de ces dynamiques de coûts, l'augmentation de la dépense du transport de malades dépasse nettement celle de l'ONDAM, en particulier depuis 2014.

ÉVOLUTION COMPARÉE DES DÉPENSES DE TRANSPORT DE MALADES FINANCÉES PAR L'ASSURANCE MALADIE ET DU TOTAL DES DÉPENSES RELEVANT DE L'ONDAM (2007-2017)



Source : Cour des comptes, 2019.

Vos rapporteurs constatent donc, à la lumière de ces éléments de contexte, que **le véhicule personnel reste très minoritaire dans la part des différents modes de transports sanitaires**. Or, son coût très limité par rapport aux autres transports doit inviter à rendre l'indemnisation de l'utilisation du véhicule personnel plus simple, alors qu'à l'heure actuelle, hors hospitalisation, seuls les trajets de plus de 150 kilomètres sont remboursés. Des campagnes de valorisation de l'utilisation du véhicule personnel et des transports en commun devraient également être réalisées par l'assurance maladie.

Proposition n° 1 : faciliter le remboursement des frais relatifs à l'utilisation du véhicule personnel dans le cadre d'un transport sanitaire et demander à l'assurance maladie de réaliser une campagne de promotion de l'utilisation du véhicule personnel et des transports en commun dans le cadre de transports sanitaires.

En outre, même si aucune analyse nationale des déterminants de la dépense en transport sanitaire n'existe à ce jour, les premières études ont tendance à montrer une corrélation positive entre la demande de transport et « *le niveau global, la densité et la structure par âge de la population* »⁽¹⁾. Les données de remboursements des transports sanitaires par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)⁽²⁾ peuvent être regroupées à l'échelle régionale afin de faciliter leur analyse (cf. annexe n° 2).

Il apparaît que les collectivités territoriales ayant les dépenses par habitant les plus élevées sont également celles où la part de la population âgée est la plus importante, en particulier la Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur (où la proportion

(1) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précitée, octobre 2019 (page 256).

(2) Transmises à vos rapporteurs par la Caisse nationale de l'assurance maladie.

de personnes âgées de 75 ans et plus est de 12 % ⁽¹⁾ mais également la Martinique, le Centre-Val de Loire et la Bourgogne-Franche-Comté (11 %). À l'inverse, des régions où la part des personnes âgées de 75 ans et plus est moindre semblent avoir des dépenses inférieures par habitant ⁽²⁾, notamment Mayotte (1 %), la Guyane (2 %), l'Île-de-France (7 %) ou encore les Hauts-de-France (8 %).

Enfin, vos rapporteurs veulent souligner que **l'éloignement des centres hospitaliers** dans certains territoires concourt à l'augmentation de la distance moyenne parcourue dans le cadre des transports sanitaires et donc à l'accroissement de la dépense. En effet, le nombre moyen de kilomètres par transport (13) a augmenté de 3,6 % entre 2019 et 2020. Il faut toutefois préciser, comme indiqué plus haut, que les transports concernent en majorité les soins en lien avec les cancers et l'insuffisance rénale chronique. Il convient donc, pour les cancers, de prendre en compte que les distances à parcourir pour accéder à des centres toujours plus spécialisés sont nécessairement longues. Pour les dialyses, les questions du remboursement des frais et surtout du taux de remplissage des véhicules se posent pour des transports réguliers, prévisibles et chroniques.

3. Une singularité française en matière d'organisation et de prise en charge des transports sanitaires

Avec une dépense moyenne de transport sanitaire de 80 dollars par habitant et en parité de pouvoir d'achat, la France occupe une position médiane au sein de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), derrière la Norvège (207 dollars) et l'Allemagne (85 dollars), mais devant la Suède (78 dollars) ou encore la Belgique (17 dollars). Si le taux de croissance de cette dépense est particulièrement élevé (6,6 % sur la période 2003-2014), il se situe lui aussi dans la moyenne des pays développés.

(1) La moyenne nationale est d'environ 10 %.

(2) Des analyses plus poussées pourraient être menées pour des territoires où cette corrélation entre dépense en transports sanitaires et part de la population âgée ne semble pas vérifiée, en particulier La Réunion (6 % de personnes âgées de 75 ans et plus).

DÉPENSES MOYENNES EN TRANSPORT SANITAIRE SELON LES PAYS

(en dollars américains, par tête)

Pays	Coût moyen*	Taux de croissance**	
Norvège	207	7,8%	2000-2015
Australie	95	7,6%	2000-2013
Autriche	86	4,7%	2000-2014
Allemagne	85	6,0%	2003-2014
France	81	6,6%	2003-2014
Suède	78	5,0%	2001-2014
Canada	78	6,3%	2000-2015
Finlande	73	7,7%	2003-2014
Danemark	58	3,6%	2003-2014
Pays-Bas	46	4,4%	2005-2014
Espagne	37	6,5%	2003-2014
Belgique	17	6,2%	2003-2014

Source : OCDE.

Toutefois, une étude comparative de la Caisse nationale de l'assurance maladie de 2017 ⁽¹⁾ portant sur la situation et l'organisation du transport sanitaire non urgent en Australie (État de Victoria), en Allemagne (Land de Basse-Saxe), au Canada (province du Québec), en Espagne (communauté autonome de Catalogne) et en Suède (comté de Scanie) fait ressortir **plusieurs singularités du cas français**.

D'abord, **la régulation de l'offre est plus complexe en France que dans d'autres pays**. La réglementation ne permet pas, par exemple, de distinguer clairement les cas permettant le recours au taxi de ceux nécessitant un véhicule sanitaire léger, là où la segmentation de l'offre de transport en fonction de l'état de santé du patient est plus nette en Allemagne.

S'agissant du pilotage du transport sanitaire, le cas français est marqué par la **prégnance du niveau national**, là où d'autres pays favorisent l'échelon territorial. La décentralisation est ainsi particulièrement poussée en Suède, où les comtés définissent le cadre législatif et assurent la mise en œuvre et le contrôle du respect des règles ainsi posées. Même lorsque la législation est définie au niveau national, le cadre réglementaire laisse une marge de manœuvre plus importante aux échelons inférieurs à l'étranger qu'en France.

(1) CNAM, « L'organisation des transports sanitaires non urgents dans cinq régions étrangères : des différences significatives avec la France », 28 avril 2017.

LEVIERS DE GOUVERNANCE DU TRANSPORT SANITAIRE ET NIVEAU D'EXERCICE NATIONAL, RÉGIONAL OU LOCAL

Leviers de gouvernance des transports sanitaires	France	Allemagne		Australie	Canada		Espagne	Suède
	Tous type de transport	Taxis	Ambulances méd./non méd.	Tous type de transport	Transport méd. Adapté	Ambulances	Tous type de transport	Tous type de transport
Définition du cadre législatif	National	National	Régional	National	National	Régional	National	Régional
Application de la législation (accréditations, licences, contractualisations, appel d'offre)	Régional	Local		Régional	Régional		Régional	Régional
Régulation opérationnelle (planification, réservations, optimisation)	Libre choix patients	Libre choix patients*	Local	Régional	Transporteurs privés	Local	Transporteurs privés	Centrale de réservation privée sous contrat avec la région
Contrôles (prescriptions, facturations, qualité du service, financement)	Régional	Local		Régional	Transporteurs privés	Local	Régional	Régional

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie, à partir des données d'enquête du « rapport Antares » (2013).

Proposition n° 2 : face au constat d'une importante centralisation de la gestion du transport sanitaire en France, engager une réflexion sur l'adaptation fine des moyens aux spécificités de chaque territoire.

Ensuite, **les conditions de prise en charge des frais de transport sont moins contraignantes et plus généreuses en France qu'à l'étranger**. D'une part, la condition de prescription médicale du transport est appréciée plus strictement à l'étranger qu'en France, où l'acte de prescription s'est banalisé et s'apparente davantage à un « bon de transport ». Ainsi, en Australie, au Canada, en Espagne ou encore en Suède, chaque trajet doit faire l'objet d'une justification médicale, y compris pour les situations nécessitant des trajets réguliers (comme la dialyse ou la chimiothérapie).

D'autre part, **les motifs de transport donnant lieu à une prise en charge sont plus nombreux en France qu'à l'étranger** : quasiment seuls les transports inter-hospitaliers sont ainsi couverts au Canada, alors que les transports primaires ne sont pas pris en charge s'agissant des cliniques en Espagne et en Suède.

PRISE EN CHARGE SUR FINANCEMENT PUBLIC SELON LE MOTIF DE TRANSPORT MÉDICALEMENT REQUIS

Motif de transport		France	Allemagne	Australie	Canada	Espagne	Suède
Admission à l'hôpital	Public	Oui	Oui	Si détenteur d'une carte de retraité ou de réduction santé + cas particuliers (2)	Non	Oui	Oui
	Privé	Oui	Oui	Si détenteur d'une carte de retraité ou de réduction santé + cas particuliers (2)	Tous les hôpitaux sont publics	Non	Non
Sortie d'hôpital	Public	Oui	Oui	Si détenteur d'une carte de retraité ou de réduction santé + cas particuliers (2)	Si plus de 65 ans + cas particuliers (3)	Oui	Oui
	Privé	Oui	Oui	Si détenteur d'une carte de retraité ou de réduction santé + cas particuliers (2)	Tous les hôpitaux sont publics	Non	Non
Soins ambulatoires, séance ou consultation spécialiste		Oui*	Sur exception, après accord préalable de la caisse d'assurance maladie (1)	Si détenteur d'une carte de retraité ou de réduction santé + cas particuliers (2)	Non	Oui	Seulement pour les soins dentaires, le dépistage et la réadaptation
Transport inter-hospitalier		Oui**	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie, d'après le « rapport Antares » (2013).

Concernant le reste à charge, celui-ci est généralement faible, voire nul, dans une grande partie des pays de l'OCDE (2 % en moyenne). Cette appréciation globale cache cependant de fortes disparités entre pays en raison, d'une part, des différences de coûts pour un même type de transport (par exemple, en 2013, le coût moyen d'un transport par taxi variait de 7 à 12 euros en Allemagne à 50 euros en France) et, d'autre part, de différences quant aux prestations prises en charge.

DEUXIÈME PARTIE : UNE ORGANISATION DU TRANSPORT SANITAIRE DIFFICILEMENT LISIBLE ET TRÈS FRAGMENTÉE

Les dépenses croissantes en matière de transport sanitaire peuvent également s'expliquer par une organisation complexe, fragmentée à la fois entre plusieurs acteurs (I) mais aussi entre plusieurs ministères (II).

I. UNE ORGANISATION FRAGMENTÉE ENTRE DE NOMBREUX ACTEURS

A. LE TRANSPORT ASSIS PROFESSIONNALISÉ : L'OPPORTUNITÉ D'UN RAPPROCHEMENT ENTRE VÉHICULES SANITAIRES LÉGERS ET TAXIS ?

Le transport assis professionnalisé constitue l'un des pans du transport sanitaire et se divise entre les véhicules sanitaires légers (VSL) et les taxis agréés.

1. Les véhicules sanitaires légers : des trajets courts, des dépenses en baisse

Le VSL se définit comme un « *véhicule affecté au transport sanitaire terrestre autre que les véhicules spécialement aménagés* »⁽¹⁾. Il peut transporter au maximum trois personnes en position assise et peut aussi être utilisé pour le transport de produits sanguins labiles, parfois en même temps qu'un patient.

Les VSL agréés doivent comporter certains éléments distinctifs : avertisseurs et feux spéciaux, croix régulière à six branches bleues, nom commercial de l'activité de transport sanitaire, dénomination de la personne physique ou morale qui détient l'agrément. De plus, l'équipage d'un VSL est également soumis à certaines conditions précises puisqu'au moins l'un de ses membres doit disposer d'un diplôme d'État d'ambulancier (DEA) ou d'un diplôme ou qualification liée à la prévention et au secours⁽²⁾.

Au moins une des personnes de l'équipage doit détenir un permis de conduire B avec attestation délivrée par le préfet suite à un examen médical de l'aptitude physique. Ce conducteur doit être titulaire du permis depuis au moins trois ans⁽³⁾. Des conditions de vaccination, de tenue vestimentaire et de sécurité sont également exigées.

(1) www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F22121#:~:text=Que%20sont%20les%20VSL%20%3F,au%20maximum%20en%20position%20assise

(2) Certificat de capacité d'ambulancier, unité d'enseignement de prévention et secours civiques de niveau 1, carte d'auxiliaire sanitaire, diplôme d'une profession médicale, d'auxiliaire médical, d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture ou auxiliaire dentaire.

(3) Deux ans pour ceux qui ont suivi un apprentissage anticipé de la conduite.

Enfin, une entreprise souhaitant agréer des VSL pour effectuer du transport sanitaire doit demander un agrément à la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS), au moins deux mois avant le projet de création ou de reprise d'une entreprise, s'inscrire auprès de l'URSSAF puis, une fois agréée, au registre du commerce et des sociétés.

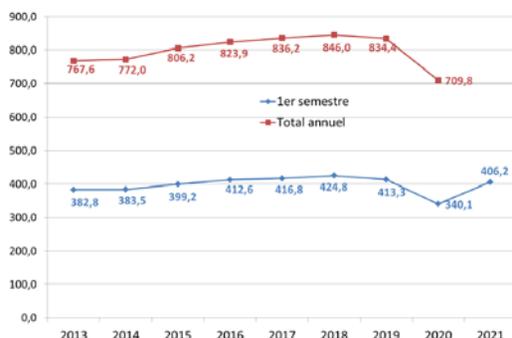
La France compte aujourd'hui environ 14 000 VSL en circulation, dont les tarifs ont été revalorisés par la signature, en décembre 2020, de l'avenant 10 à la convention nationale entre l'assurance maladie et les transports sanitaires privés :

- une revalorisation du tarif au kilomètre de 14,6 % (1,02 euro par kilomètre au lieu de 0,89 euro) ;
- une revalorisation de 5 % des forfaits de courte distance de 0 à 18 kilomètres ;
- pas de modification du tarif du forfait départemental.

En 2020, les VSL occasionnaient des dépenses de remboursement pour l'assurance maladie de **709,8 millions d'euros**. Ce mode de transport a été particulièrement impacté par la crise sanitaire en 2020, avec une diminution des dépenses remboursées de 14,9 % par rapport à 2019. Une baisse avait également été constatée entre 2018 et 2019 (- 1,4 %), en raison de la mise en place de la réforme dite « article 80 »⁽¹⁾. Une croissance des dépenses avait été constatée au premier semestre 2021 (+ 19,4 %) sans toutefois parvenir aux niveaux observés au premier semestre 2018 (- 4,4%) et 2019 (- 1,7 %).

ÉVOLUTION DES DÉPENSES REMBOURSÉES PAR L'ASSURANCE MALADIE POUR DES TRANSPORTS SANITAIRES EFFECTUÉS EN VÉHICULES SANITAIRES LÉGERS DEPUIS 2013

(en millions d'euros)



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

(1) Cette réforme prévoit que ce sont les établissements de santé qui financent les déplacements inter et intra-établissements.

Les VSL sont plutôt utilisés pour des transports courts. En effet, un peu plus de 60 % des transports en VSL correspondent à des trajets inférieurs à 15 kilomètres. 78 % des trajets sont inférieurs à 30 kilomètres. Près d'un quart de la dépense concerne des transports inférieurs à 5 kilomètres. Au 1^{er} septembre 2021, les VSL parcouraient en moyenne 19 kilomètres, avec d'importantes variations sur le territoire ⁽¹⁾ (56 kilomètres en Lozère et 6 kilomètres dans les Hauts-de-Seine). Les distances varient selon la superficie et l'offre de soins du territoire, ce qui influe sur le niveau des dépenses.

2. Les taxis conventionnés : des tarifs peu clairs et globalement plus élevés

La décision du 18 décembre 2018 ⁽²⁾ du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie détermine les conditions dans lesquelles des taxis peuvent être conventionnés pour assurer un transport sanitaire. Les principales obligations ont trait à une autorisation de stationnement (communément appelée « licence de taxis ») exploitée depuis au moins trois ans et à la nécessité de fournir certains documents (carte professionnelle, assurance notamment). Il est également nécessaire de justifier qu'aucune condamnation antérieure n'a été prononcée pour fraude, trois ans avant la signature de l'accord.

Le conventionnement impose certaines contraintes aux taxis concernés, en particulier l'obligation de disposer d'une trousse de secours (article 2 de la convention-type) et de désinfecter le véhicule. Par ailleurs, d'autres obligations incombent aux taxis, notamment la nécessité de disposer d'un brevet de secourisme régulièrement mis à jour.

D'après les données transmises à vos rapporteurs ⁽³⁾, 26 707 entreprises de taxi étaient conventionnées avec la CNAM en 2017, représentant **37 407 véhicules** exerçant une activité de transport sanitaire. 40 % de ces entreprises seraient des entreprises bicéphales ⁽⁴⁾ – c'est-à-dire exerçant à la fois une activité ambulancière et une activité de taxi. Le pourcentage de taxis conventionnés par région révèle de fortes disparités selon les territoires. Ainsi, 33,9 % des taxis franciliens sont conventionnés quand plus de 90 % le sont en Nouvelle-Aquitaine, plus de 80 % en Bretagne, en Provence-Alpes-Côte d'Azur ou encore en Occitanie. Ainsi, hors Île-de-France, **82 % des taxis sont conventionnés pour opérer du transport de malades assis**. Enfin, 45 % des transports sanitaires (hors urgences) ont été réalisés par des taxis en 2017.

(1) Le nombre de kilomètres facturés par transport est supérieur à 35 dans neuf départements (par exemple la Lozère, la Nièvre, l'Aube, l'Aude ou la Meuse) et inférieur à 10 dans une dizaine de départements (par exemple l'Île-de-France à l'exception de la Seine-et-Marne, et les Alpes-Maritimes).

(2) Décision du 18 décembre 2018 relative à l'établissement d'une convention-type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie.

(3) Réponses du ministère de la transition écologique à vos rapporteurs.

(4) Réponses de la Fédération nationale du taxi à vos rapporteurs.

La définition des tarifs des taxis est particulièrement complexe et implique plusieurs ministères, comme rappelé *supra*. Le protocole d'accord définissant un cadre partagé de régulation des dépenses de transport de taxis, signé le 12 novembre 2018, encadre, depuis le 1^{er} février 2019, les négociations des conventions locales déterminant les tarifs des taxis conventionnés. Cet accord prévoit :

- de désindexer entre 2019 et 2023 – en totalité ou en partie selon les années – les tarifs de prise en charge des tarifs préfectoraux ;
- d'augmenter les taux de remise appliqués sur chaque course et de les moduler en fonction des résultats annuels d'évolution des dépenses ;
- des mesures complémentaires, définies localement, notamment la suppression des frais d'approche, les mesures visant à renforcer le transport partagé et les transports de patients à mobilité réduite.

Malgré l'adoption de ce protocole, **les tarifs des taxis conventionnés restent globalement supérieurs à ceux des VSL** (à l'exception des trajets de moins de 15 kilomètres) et interrogent sur l'opportunité d'une **harmonisation des réglementations et/ou des tarifs de ces deux modes de transport**. Cette question est d'autant plus prégnante que ces différences de tarifs offrent la possibilité aux entreprises bicéphales (taxis conventionnés et VSL) d'optimiser leurs trajets en fonction de la tarification la plus attractive.

Une **expérimentation autorisée par l'arrêté du 17 décembre 2021** ⁽¹⁾ – sur la base de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 ⁽²⁾ – offre la possibilité aux entreprises bicéphales volontaires de transformer l'ensemble de leurs taxis conventionnés en VSL pendant deux ans. Pendant cette période, 45 entreprises bicéphales sélectionnées dans quatre régions différentes vont « transformer » l'ensemble de leurs taxis conventionnés en VSL dont le coût constaté est en moyenne plus faible ⁽³⁾. Cette expérimentation permettra aux entreprises volontaires de se voir reverser la moitié des économies ainsi réalisées par l'assurance maladie, dans le but d'objectiver les conséquences de l'augmentation de l'offre de VSL et de l'unification de l'offre de transport des entreprises bicéphales s'agissant de la structuration de l'offre, du service rendu aux patients et des dépenses d'assurance maladie.

Proposition n° 3 : à l'issue de l'expérimentation « article 51 », enclencher un processus négocié d'harmonisation des normes et des tarifs applicables aux VSL et aux taxis conventionnés, tout en prêtant une attention particulière à l'amélioration de la situation économique de ces entreprises.

(1) Arrêté du 17 novembre 2021 relatif à l'expérimentation « Optimisation de l'efficacité de l'organisation des transports sanitaires - Transfert du conventionnement d'une entreprise à double activité au titre d'une ADS taxi vers une AMS VSL ».

(2) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(3) Si, en moyenne, le VSL est moins onéreux que le taxi conventionné, cela dépend néanmoins de la structure des trajets réalisés, les transports de moins de 15 kilomètres étant en moyenne plus onéreux en VSL.

B. LE TRANSPORT SANITAIRE URGENT : DES « CARENCES AMBULANCIÈRES » EN AUGMENTATION ET QUI RENDENT NÉCESSAIRE L'INTERVENTION DES SAPEURS-POMPIERS

1. Les ambulances, une dépense importante pour une majorité de courts trajets

Les « véhicules spécialement aménagés » peuvent être de trois types :

- des ambulances de secours et soins d'urgence (ASSU, ou véhicule de catégorie A) ;
- des voitures de secours aux asphyxiés et blessés (VSAB, ou véhicule de catégorie B) ;
- des ambulances (ou véhicules de catégorie C).

Les conditions d'aptitude et de qualification de l'équipage dépendent du type de véhicule. Pour **les ambulances et les ASSU**, deux personnes à temps plein sont nécessaires. Pour au moins l'une des deux, le diplôme d'État d'ambulancier est nécessaire, ainsi que l'un des diplômes suivants :

- un diplôme de sapeur-pompier de Paris ou marin-pompier de Marseille ou sapeur-pompier titulaire des formations pour assurer les missions d'urgence aux victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ;
- un diplôme de conducteur d'ambulance ;
- une certification de l'unité d'enseignement de prévention et secours civiques de niveau 1 ou de la carte d'auxiliaire sanitaire ;
- un diplôme d'une profession médicale, d'auxiliaire médical, d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture ou d'auxiliaire dentaire.

Pour les **VSAB**, des conditions légèrement différentes sont exigées, puisque deux personnes au minimum doivent composer l'équipage et deux personnes au moins doivent détenir un des diplômes ou une des certifications suivants :

- conducteur d'ambulance ;
- titulaire de l'unité d'enseignement de prévention et secours civiques de niveau 1 ou de la carte d'auxiliaire sanitaire ;
- diplôme d'une profession médicale, d'auxiliaire médical, d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture ou d'auxiliaire dentaire.

Une personne au moins doit par ailleurs détenir le diplôme d'État d'ambulancier ou un diplôme de sapeur-pompier pour assurer les missions d'urgence aux victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes.

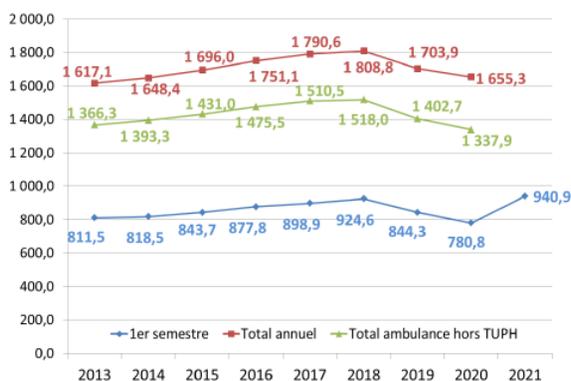
Comme pour les VSL, il est nécessaire de détenir un permis de conduire B depuis plus de trois ans et de suivre une procédure d'agrément auprès de l'ARS. La France compte 14 000 ambulances, dont les tarifs ont été revalorisés par l'avenant n° 10 à la convention entre l'assurance maladie et les transporteurs sanitaires privés, avec :

- une revalorisation du tarif au kilomètre de l'ambulance de 5,9 % (2,32 euros au lieu de 2,19 euros) ;
- une revalorisation des forfaits de courte distance de 13 % ;
- une revalorisation de 0,75 euro des forfaits de prise en charge, agglomération et départemental.

2,7 millions de personnes ont eu recours à l'ambulance en 2020. Cette même année, le nombre de transports en ambulance s'est élevé à **15,9 millions**, en baisse de 5,6 % par rapport à 2019. En 2020, les remboursements de frais d'ambulance se sont élevés au total à environ **1,7 milliard d'euros** (contre 1,6 milliard d'euros en 2013). Hors transport urgent pré-hospitalier, ce montant était de 1,3 milliard d'euros en 2020.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES REMBOURSÉES PAR L'ASSURANCE MALADIE POUR DES TRANSPORTS SANITAIRES EFFECTUÉS EN AMBULANCE DEPUIS 2013

(en millions d'euros)



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

On constate une croissance des dépenses remboursées entre 2013 et 2018 de 2,3 % en moyenne par an. La réforme de « l'article 80 » a permis, comme pour les VSL, une baisse des dépenses en 2019 (- 5,8 % entre 2018 et 2019). La crise sanitaire a eu un impact similaire en 2020 (- 7,5 % entre 2019 et 2020). Une reprise d'activité est toutefois constatée au premier semestre 2021 (+ 11,4 % par rapport à 2019), ce qui s'explique en grande partie par le report des soins différés en raison de la crise sanitaire. Depuis mars 2021, les dépenses remboursées sont supérieures à celles que l'on observait pour les mêmes mois des années précédentes en raison des revalorisations tarifaires.

Près de trois quarts des trajets en ambulance correspondent à des trajets de moins de 15 kilomètres et représentent 59 % des montants remboursables. Les trajets de 30 kilomètres et plus représentent 12 % des trajets et 23 % en montants remboursables. Ce sont les forfaits départemental, agglomération et de prise en charge qui représentent la part la plus importante des dépenses (61 %), alors que la part du kilomètre représente moins d'un tiers de la dépense (32 %) ⁽¹⁾.

2. Une « carence ambulancière » en augmentation qui contraint à l'intervention des sapeurs-pompiers

Les véhicules spécialement aménagés constituent les seuls types de transport sanitaire habilités à intervenir pour les transports d'urgence. L'urgence pré-hospitalière est définie comme « toute demande d'intervention non programmée nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient » ⁽²⁾. Le transport urgent pré-hospitalier vise à organiser, dans sa composante relative aux transports, l'aide médicale urgente (AMU) définie par la loi n° 86-11 du 11 janvier 1986 ⁽³⁾ par sa fonction : « l'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état » ⁽⁴⁾.

Les services qui concourent à l'AMU sont tenus d'assurer le transport des patients vers l'établissement le plus proche disposant des moyens disponibles adaptés à leur état tout en respectant leur libre choix ⁽⁵⁾. Cette action nécessite la coordination de plusieurs services :

- le service d'aide médicale urgente (SAMU) ;
- le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ;
- le service départemental d'incendie et de secours (SDIS), devenu service d'incendie et de secours (SIS) depuis la loi dite « Matras » du 25 novembre 2021 ⁽⁶⁾. Il s'agit d'un établissement public autonome chargé de la politique publique d'incendie et de secours à l'échelon local, dont les missions sont définies à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales. Les SIS doivent prendre en charge les victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes, cumulant le transport et l'assistance médicale et sanitaire ;

(1) Le reste de la dépense concerne les forfaits courtes distances et d'autres dépenses comme les péages ou bien encore les suppléments.

(2) Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU-transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière.

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

(4) Article L. 6311-1 du code de la santé publique.

(5) Article L. 6311-2 du code de la santé publique.

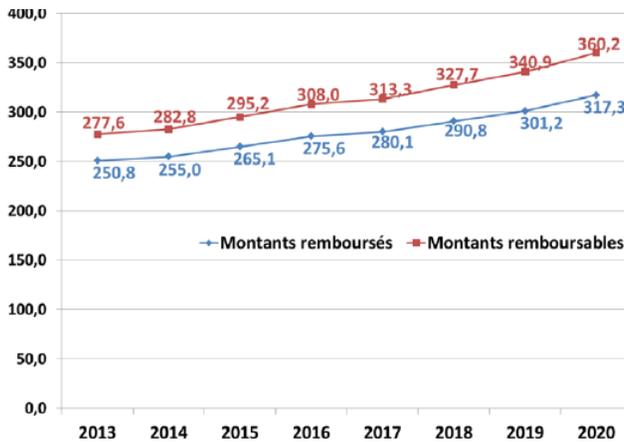
(6) Loi n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels.

- les transporteurs sanitaires privés, dans le cadre de la garde ambulancière.

Selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie, 2,2 millions de transports d'urgence pré-hospitaliers (TUPH) ont été réalisés en 2020, représentant une dépense de **360 millions d'euros** (dont 317 millions remboursés par l'assurance maladie). Cette dépense est en hausse de 5,7 % par rapport à 2019. Les dépenses consacrées au TUPH sont en hausse moyenne de 3,8 % par an depuis 2013. Le TUPH représente ainsi 14 % des dépenses remboursables de transport sanitaire en 2020.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES LIÉES AU TRANSPORT D'URGENCE PRÉ-HOSPITALIER DEPUIS 2013

(en millions d'euros)



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

Toutefois, en plus de voir sa charge financière s'accroître continûment, le TUPH souffre de dysfonctionnements majeurs, sources de tensions répétées dans un contexte de forte progression de l'activité depuis le début des années 2000. On note en particulier une croissance des **carences ambulancières**. Ces dernières se définissent comme l'impossibilité d'avoir recours à une ambulance, situation qui peut résulter de deux situations : l'absence d'ambulance de garde ou un besoin en ambulance supérieur aux vecteurs disponibles. La notion de carence ambulancière a été définie par la loi pour la première fois dans la loi « Matras » (article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales ⁽¹⁾).

(1) « Les interventions effectuées par les services d'incendie et de secours sur la prescription du service d'aide médicale urgente, lorsque celui-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés pour une mission visant à la prise en charge et au transport de malades, de blessés ou de parturientes, pour des raisons de soins ou de diagnostic, et qui ne relèvent pas de l'article L. 1424-2 sont des carences ambulancières. »

Ces carences doivent être mises en relation non seulement avec la **démographie médicale** sur certains territoires, qui voient le nombre de médecins diminuer, mais aussi avec les **difficultés économiques** que connaît le secteur du transport sanitaire, ayant eu pour conséquence la disparition de ces entreprises sur certains territoires.

Cela conduit les SAMU à solliciter les SIS pour pallier l'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés ⁽¹⁾. Ainsi, d'après la CNAM, la part observée des carences parmi les interventions a augmenté ces dernières années, malgré une baisse entre 2019 et 2020 (environ 300 000 en 2020 contre 250 000 en 2016).

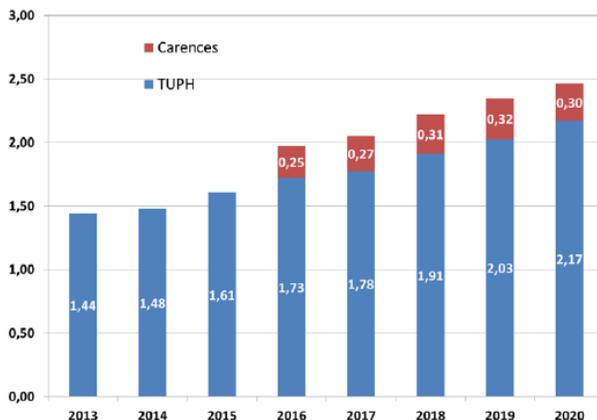
Les services d'incendies et de secours

La France compte 99 services d'incendie et de secours (SIS) ⁽²⁾, en incluant le Bataillon de marins-pompiers de Marseille et la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris. Les centres d'incendie et de secours sont les unités territoriales chargées principalement des missions de secours (article R. 1424-39 du code général des collectivités territoriales).

L'effectif des sapeurs-pompiers est de 251 900, dont 41 800 sapeurs-pompiers professionnels (17 %), 197 100 sapeurs-pompiers volontaires (78 %) et 13 000 militaires (5 %) ⁽³⁾. Les SIS sont dotés d'un budget total de 5,2 milliards d'euros (2021).

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'INTERVENTIONS LIÉES AU TRANSPORT D'URGENCE PRÉ-HOSPITALIER ET AUX « CARENCES AMBULANCIÈRES » DEPUIS 2013

(en millions)



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

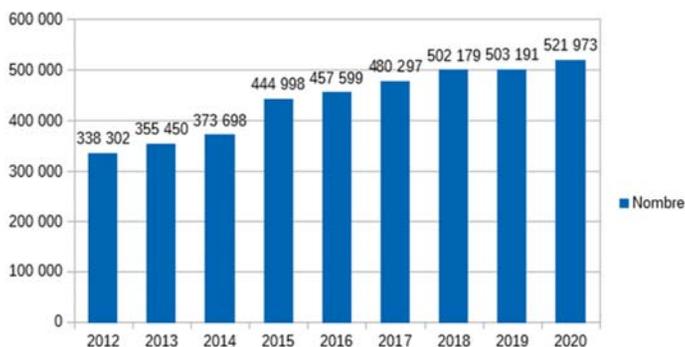
(1) En revanche, les SIS n'ont pas vocation à intervenir pour un transport inter-hospitalier, dont la durée est souvent très longue et dont l'organisation peut être anticipée.

(2) Le service départemental d'incendie et de secours est devenu service d'incendie et de secours depuis la loi n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 précitée.

(3) Réponses du ministère de l'intérieur à vos rapporteurs.

Le ministère de l'intérieur a confirmé à vos rapporteurs que les indisponibilités des transporteurs sanitaires privés n'ont cessé d'augmenter ces dernières années, pour représenter près de 12 % de l'activité des SIS en 2020. De 259 435 carences en 2009, les SIS ont effectué près de 521 973 carences ambulancières en 2020. On remarque ainsi qu'**entre 2012 et 2020, les carences ambulancières ont augmenté de 54,3 %**.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE « CARENCES AMBULANCIÈRES » DEPUIS 2012



Source : ministère de l'intérieur.

D'après le ministère de l'intérieur, les SIS réceptionnent environ **43 800 appels** chaque jour, dont 70 à 75 % concernent des demandes de secours et de soins d'urgence aux personnes. À ce titre, le ministère fait valoir que, dans les dépenses totales liées au transport sanitaire, ne sont pas incluses les dépenses supportées par les SIS. L'augmentation de ces « carences ambulancières » doit nous conduire à nous interroger sur le modèle français, très centré sur les hôpitaux, alors que des soins pourraient être prodigués dans d'autres structures, notamment les maisons de santé pluri-professionnelles ou les cabinets de médecine de ville.

L'organisation de la réponse ambulancière sur le transport sanitaire urgent est définie par le référentiel SAMU-transport sanitaire du 9 avril 2009 ⁽¹⁾ et cette mission incombe *de facto* à un transporteur sanitaire privé. Les missions des SIS en matière de secours et de soins d'urgence aux personnes sont définies à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales.

Le référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ⁽²⁾ a pour objet la prise en charge des urgences pré-hospitalières et constitue la doctrine française des services publics en matière d'organisation quotidienne des secours et soins urgents. Malgré ce cadre juridique précis, il existe parfois d'importantes **divergences d'appréciation entre les SAMU et les SIS**, puisque plusieurs centaines de milliers d'interventions demandées par les SAMU

(1) Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU-transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière annexé à l'arrêté modifié du 24 avril 2009.

(2) Annexe à l'arrêté modifié du 24 avril 2009.

chaque année sont considérées comme des carences ambulancières par les SIS, que les SAMU refusent de qualifier ainsi, avec des conséquences organisationnelles et financières pour les SIS.

En effet, du point de vue des SIS, les sollicitations des SAMU afin de pallier les indisponibilités des transporteurs sanitaires privés pour des transports urgents sont de nature à fragiliser la couverture opérationnelle sur certains territoires, dont les ressources, notamment humaines, sont limitées.

Sur un plan humain, la carence ambulancière est un irritant chez les sapeurs-pompiers, professionnels comme volontaires. La motivation et le sens de la mission de ces derniers peuvent être affectés par la multiplication de missions dépourvues d'urgence ou de technicité. Dans les territoires ruraux, où le dispositif repose essentiellement sur des sapeurs-pompiers volontaires pouvant être mobilisés sur de longues plages horaires, l'évolution de la mission pourrait être de nature, d'après le ministère de l'intérieur, à remettre en cause la pérennité de leur engagement. Les SIS souhaitent pouvoir **se concentrer sur leurs missions de secours à la personne** et limiter leur implication dans les transports sanitaires que l'on pourrait décrire comme « secs », c'est-à-dire sans opération de secours et d'évacuation. C'est pourquoi une réforme de ce système, proposée en troisième partie de ce rapport, apparaît indispensable.

II. UNE ORGANISATION FRAGMENTÉE ENTRE PLUSIEURS MINISTÈRES

Vos rapporteurs considèrent également, à la lumière des auditions réalisées, que le secteur des transports sanitaires souffre d'une fragmentation de sa gouvernance entre de nombreuses autorités publiques. En effet, sans prétendre à l'exhaustivité, pas moins de six autorités, dont cinq ministères et la CNAM, sont concernées (cf. annexe n° 3).

La Cour des comptes avait alerté sur cette difficulté en 2019, soulignant le fait qu'au « *niveau national, les représentants des transporteurs ont de multiples interlocuteurs, insuffisamment coordonnés entre eux : le ministère des transports, en particulier pour les aspects routiers et les accords de branche ; le ministère du travail pour le droit du travail ; le ministère de l'intérieur, pour la sécurité du transport et la participation des ambulanciers à l'aide médicale urgente ; le ministère de la santé, avec pour principaux interlocuteurs la direction de la sécurité sociale s'agissant des aspects financiers et la direction générale de l'offre de soins pour ce qui concerne la régulation de l'offre* ». ⁽¹⁾ Dans ses réponses à vos rapporteurs, la Fédération hospitalière de France (FHF) a également indiqué que la « *régulation multipartite* » constituait un obstacle à la bonne mise en œuvre de la réglementation, en raison de la difficulté à identifier les bons interlocuteurs et à obtenir des contrôles efficaces en cas de dysfonctionnement avec un transporteur.

(1) Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précitée*, octobre 2019 (page 279).

Cette interministérialité rend difficile le pilotage global du secteur.

Plusieurs exemples peuvent illustrer cette situation, en particulier les multiples tutelles exercées sur la profession d'ambulancier et sur le transport d'urgence pré-hospitalier et la définition particulièrement complexe des tarifs des taxis conventionnés.

La profession d'ambulancier fait en effet l'objet d'une double tutelle des ministères chargés de la santé et des transports. En effet, il s'agit d'une profession de santé réglementée⁽¹⁾ : son exercice est subordonné à l'obtention du diplôme d'État d'ambulancier (DEA), délivré par le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) pour le préfet de région.

Ainsi, le ministère chargé de la santé fixe le programme et les modalités de la formation préparatoire au DEA ainsi que les modalités de délivrance de ce diplôme⁽²⁾. À ce titre, ce ministère détermine par voie réglementaire les référentiels d'activités, de compétences et de formation de cette profession. Au total, le ministère des solidarités et de la santé réglemente l'exercice de la profession (formation, gestes autorisés), l'activité réalisée par l'ambulancier (équipage et équipement de l'ambulance, répartition de l'offre de transports sanitaires) et l'obligation de répondre aux sollicitations du SAMU.

Concernant les conditions de travail et les dispositions salariales, l'action ministérielle est différente suivant que l'ambulancier exerce au sein de la fonction publique hospitalière ou dans le secteur privé :

- **au sein de la fonction publique hospitalière** : les conducteurs ambulanciers qui exercent dans les établissements publics de santé sont des fonctionnaires de catégorie C⁽³⁾, régis par le décret statutaire n° 2016-1705 du 12 décembre 2016 portant statut particulier des personnels de la filière ouvrière et technique de la catégorie C de la fonction publique hospitalière. Ce texte encadre les modalités de recrutement dans le corps, l'évolution de carrière et la rémunération de ces professionnels. La grille indiciaire des ambulanciers de la fonction publique hospitalière a été revalorisée le 1^{er} janvier 2022 ;

- **dans le secteur privé** : les ambulanciers sont salariés d'une entreprise agréée de transport sanitaire et soumis à la convention collective nationale des transports routiers et activités auxiliaires du transport du 21 décembre 1950. Le transport sanitaire privé compte **60 274 salariés** au 31 décembre 2020, ce qui représente environ 8 % des salariés de la branche des transports routiers. Parmi ces salariés, 90 % sont conducteurs ambulanciers, dont 51 % sont titulaires du DEA, et 40 % sont titulaires de l'attestation de formation d'auxiliaire ambulancier⁽⁴⁾. L'activité sanitaire est ainsi considérée à l'heure actuelle comme une mission

(1) Article L. 4393-2 du code de la santé publique.

(2) Article D. 4393-1 du code de la santé publique.

(3) Ils sont affiliés au statut de technicien/ouvrier et sous statut d'agent public.

(4) Rapport de l'observatoire de la branche (OPTL) https://optl.fr/wp-content/uploads/OPTL_2021.pdf

accessoire du transport de personnes. Elle est régie dans ses aspects salariaux par des conventions d'entreprises étendues, encadrées par le ministère chargé des transports ⁽¹⁾. Il pourrait être envisagé d'ouvrir un dialogue avec les représentants des ambulanciers privés pour voir dans quelle mesure leur intégration au sein d'une branche professionnelle plus proche de celles du personnel soignant pourrait améliorer leur statut et la lisibilité du pilotage du secteur.

Le même constat peut être fait en ce qui concerne le **transport urgent pré-hospitalier**, qui est *de facto* placé sous la double autorité des ministères chargés de la santé et de l'intérieur. Cette situation pose la question du transfert des charges supportées par les services d'incendie et de secours (SIS) et pour lequel le montant versé par le ministère des solidarités et de la santé ne correspond pas, d'après le ministère de l'intérieur, aux dépenses effectivement supportées par les SIS.

Cette interministérialité peut également nuire à la mise en place d'un **suivi qualitatif** des transports sanitaires, en raison notamment d'un corpus législatif éclaté en fonction des modes de transports ⁽²⁾.

Enfin, cette situation complexe est également un **frein à un pilotage lisible des tarifs des différents modes de transport sanitaire**, « *outil fort de régulation* » ⁽³⁾. Ce constat est valable en particulier pour les taxis conventionnés, pour lesquels ce sont des règles de droit commun qui s'appliquent (comme décrit *supra*) et non les conditions fixées par l'assurance maladie. À ce titre, la fixation de ces tarifs implique un grand nombre d'acteurs (ministères chargés des finances et de l'intérieur, préfetures, caisses primaires d'assurance maladie). On constate en parallèle qu'entre 2003 et 2018, alors que l'inflation a été de 23,7 % en cumul, les tarifs de taxis ont augmenté de 38 % ⁽⁴⁾.

Selon vos rapporteurs, la CNAM semble constituer l'interlocuteur le plus connu et le plus à même de dialoguer directement avec les représentants de la profession.

Proposition n° 4 : sous l'égide de la CNAM, engager une réflexion pour réduire drastiquement le nombre d'interlocuteurs publics des représentants des transporteurs sanitaires dans le cadre de la gouvernance de ce secteur. La piste d'une intégration des ambulanciers privés dans une branche professionnelle des métiers de la santé devrait en particulier être envisagée.

(1) *Convention collective nationale des transports routiers et activités auxiliaires du transport du 21 décembre 1950 - Textes Salaires - Avenant n° 4 du 16 juin 2016 relatif aux rémunérations du transport sanitaire.*

(2) *Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précité, octobre 2019 (pages 259 et 260).*

(3) *Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précité, octobre 2019 (page 265).*

(4) *Ce n'est qu'en 2018 qu'un accord entre les fédérations de taxi et l'UNCAM a permis de mettre fin à l'automatisme de la revalorisation annuelle des tarifs en fonction de celle des tarifs préfectoraux, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précité, octobre 2019 (page 266).*

TROISIÈME PARTIE : DES RÉFORMES RÉCENTES QU'IL IMPORTE DE PROLONGER

De nombreuses réformes, récentes ou en cours, viennent profondément renouveler le cadre juridique et budgétaire dans lequel s'inscrivent les transports sanitaires, en particulier en ce qui concerne le transport urgent et la régulation de la dépense (I). Toutefois, vos rapporteurs considèrent que ces réformes, pour indispensables qu'elles soient, devraient être prolongées, voire approfondies, afin notamment de garantir que la gouvernance du secteur soit suffisamment efficiente et de revaloriser la profession de transporteur sanitaire (II).

I. DES RÉFORMES RÉCENTES EN CE QUI CONCERNE LE TRANSPORT URGENT ET LA RÉGULATION DE LA DÉPENSE

A. LA RÉFORME DU TRANSPORT URGENT PRÉ-HOSPITALIER

1. De nombreuses réformes des services d'urgence depuis 2012

Afin d'endiguer les difficultés identifiées plus haut, une réforme du transport sanitaire urgent est en cours, sous le pilotage du ministère des solidarités et de la santé, en relation avec le ministère de l'intérieur.

Les réflexions autour de la restructuration des transports sanitaires d'urgence sont anciennes. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ⁽¹⁾ (« expérimentation article 66 »), **sept départements** ⁽²⁾ **expérimentent une nouvelle organisation de la garde ambulancière** qui permet de réduire les dépenses liées aux carences ambulancières. Elle est principalement fondée sur une meilleure adéquation entre les besoins et les moyens. Les premiers retours de ces expérimentations ont permis de confirmer, d'après le ministère des solidarités et de la santé, l'opportunité de généraliser ce dispositif. Il importe toutefois de rendre publiques ces évaluations.

En 2019, dans un contexte d'augmentation constante du nombre de passages aux urgences, le Gouvernement a lancé un « **pacte de refondation des urgences** » ⁽³⁾, consacrant 754 millions d'euros à ce secteur jusqu'en 2022. Ce pacte met en œuvre douze mesures, notamment en donnant à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences, en offrant aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients ou encore en intégrant la vidéo à distance dans tous les SAMU.

(1) Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

(2) Allier, Charente-Maritime, Haute-Garonne, Isère, Meuse, Savoie et Var.

(3) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/urgences_dp_septembre_2019.pdf

Surtout, ce pacte crée le « **service d'accès aux soins** » (SAS), réaffirmé lors du « Ségur de la santé ». L'objectif du SAS est de répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population, partout et à tout moment. Le SAS doit donc permettre d'accéder à distance à un professionnel de santé pouvant fournir un conseil médical, proposer une téléconsultation, orienter selon la situation vers une consultation non programmée en ville, vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'un SMUR, par exemple. Le SAS se fonde donc sur un partenariat entre les médecins de ville et le SAMU.

Depuis juillet 2020, le SAS a déployé une phase pilote, par l'intermédiaire des ARS, dans l'objectif d'identifier des projets sur le territoire. Vingt-deux projets ont été retenus, représentant treize régions de métropole et des outre-mer et couvrant plus de 40 % de la population. Un dispositif national d'accompagnement a été mis en place pour suivre les équipes pilotes et sécuriser leur lancement. Malgré un manque de données actualisées, la dernière enquête du ministère des solidarités et de la santé faisait état, en 2014, du fait que « *48 % des patients qui ne sont pas passés par une UHCD restent moins de 2 heures dans un service d'urgences, dont 19 % sont pris en charge rapidement en moins de 1 heure. À l'opposé, la prise en charge aux urgences se prolonge au-delà de 8 heures pour 4 % des patients.* »⁽¹⁾

Il serait nécessaire, selon vos rapporteurs, d'autoriser, dans le cadre de ces expérimentations des SAS, le remboursement des transports sanitaires régulés par le SAS vers les cabinets médicaux réalisant la permanence des soins non programmés. Cela devrait permettre de fluidifier les urgences et de sortir de la centralisation des soins au sein des hôpitaux.

Proposition n° 5 : autoriser le remboursement des transports sanitaires régulés par les services d'accès aux soins vers les cabinets médicaux réalisant la permanence des soins non programmés.

2. Une réforme en cours qui peine à aboutir

Au regard du constat relatif aux carences ambulancières dressé en première partie du présent rapport, le ministère des solidarités et de la santé conduit, depuis juillet 2019, une réforme de l'organisation du transport sanitaire urgent afin d'adapter la couverture du territoire en ambulances de garde aux besoins en transports demandés par le SAMU. Dans ce cadre, les transporteurs sanitaires privés souhaitent voir évoluer leur cadre de mission pour se positionner davantage sur le secours d'urgence, ce que les SIS rejettent, au risque de déstabiliser le modèle de sécurité civile français, fondé essentiellement sur le volontariat.

L'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, entré en vigueur le 8 mars 2021, prévoit notamment une réforme de la tarification du transport urgent pré-hospitalier (TUPH). Prenant acte des

(1) Ministère des solidarités et de la santé, DREES, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et résultats* n° 889, juillet 2014.

dysfonctionnements de la garde ambulancière, celle-ci est réformée par l'intermédiaire de deux volets.

Le premier volet, organisationnel, repose principalement sur la **publication d'un décret** ayant pour objet de redéfinir l'organisation locale des TUPH en fonction des besoins des patients et des différents acteurs disponibles (transporteurs privés et SIS). Le **second volet, tarifaire**, est porté par « l'avenant 10 », et prévoit un nouveau modèle de rémunération des TUPH reposant sur trois composantes. Ces nouveaux tarifs seront applicables sous réserve de la publication du décret fixant notamment le modèle de cahier des charges de l'organisation rénovée de ces transports :

- pour les vingt premiers kilomètres parcourus : un forfait de 150 euros ;
- à partir du vingt et unième kilomètre : un tarif kilométrique valorisé de 2,32 euros ;
- un revenu minimal garanti, remplaçant l'ancienne indemnité de garde de 346 euros. Ainsi, dans le cas où le transporteur ne réalise pas suffisamment de transports urgents pour couvrir le montant de ses charges, un complément lui est versé. Celui-ci est calculé en déduisant du revenu minimal garanti ⁽¹⁾ le montant des interventions réalisées et facturées à l'assurance maladie au titre du TUPH, le montant des interventions demandées par le SAMU mais non réalisées par manquement du transporteur, et le montant des « sorties blanches » (interventions du transporteur non suivies de transport) facturé par le transporteur (80 euros par intervention).

Après une étude d'impact réalisée dans sept départements au cours de l'été 2021, les axes de la réforme du « volet organisationnel » s'orientent vers :

- un abaissement du seuil de mise en place d'une garde ambulancière pour augmenter le nombre de secteurs ambulanciers couverts par une garde. Il s'agit en particulier de développer le recours aux ambulances hors garde permettant de faire face aux carences résiduelles par la sollicitation d'entreprises volontaires ;
- la création d'un principe d'exception pour les départements les plus ruraux. Le dimensionnement de la garde s'opérerait au cas par cas ;
- une revalorisation financière du montant de la carence ambulancière pour les SIS ;
- une revalorisation du montant de la carence ambulancière, en la portant à 200 euros ;

(1) Calculé selon le nombre d'heures de garde effectuées, sur la base d'un coût horaire de 64 euros.

- une indemnité de substitution pour les secteurs non couverts par une garde ambulancière et donc laissés *de facto* aux SIS.

Cette nouvelle organisation prévoit une **baisse de 150 000 sorties effectuées par les sapeurs-pompiers** notamment par la baisse des sollicitations en journée ⁽¹⁾.

Cette réforme prévoit également une augmentation du nombre de gestes que peuvent effectuer les sapeurs-pompiers. En effet, en l'absence de médecin généraliste ou du SMUR, le besoin est très clairement en faveur d'une extension encadrée des actes de soins d'urgence autorisés aux sapeurs-pompiers secouristes. Ainsi, douze gestes ont fait l'objet d'un consensus entre les différentes autorités, en particulier les ministères de l'intérieur et des solidarités et de la santé. Ces nouveaux actes peuvent se diviser entre quatre gestes à visée diagnostique qui pourront être réalisés par les sapeurs-pompiers en autonomie, et huit autres gestes, à visée essentiellement thérapeutique, qui seront autorisés sur prescription médicale.

Le projet de décret, distinguant bien ces deux catégories de gestes, est en attente d'arbitrage au niveau interministériel et tarde à être publié. Les auditions de vos rapporteurs ont fait ressortir un large consensus autour de cette réforme et de son urgence pour résoudre les importants dysfonctionnements décrits. Les rapporteurs regrettent la difficulté à obtenir, malgré leurs sollicitations, un calendrier précis sur la parution du décret relatif aux transports urgents pré-hospitaliers.

En tous les cas, il faut laisser aux départements une marge de manœuvre pour décider, dans un cadre commun, de l'organisation des rapports entre SAMU et SIS, afin notamment de prendre en compte les situations très différentes des territoires. Les acteurs doivent pouvoir s'organiser entre eux.

Selon vos rapporteurs, l'élargissement potentiel des missions des transporteurs sanitaires privés vers le secours d'urgence ne doit pas avoir pour conséquence de brouiller la chaîne pré-hospitalière en donnant la même mission à des acteurs différents. Il ne faut pas non plus créer une réponse à deux vitesses : les sapeurs-pompiers ou les ambulanciers en zone urbaine (avec un objectif de rentabilité économique) et les sapeurs-pompiers uniquement en zone rurale. Enfin, une réflexion devrait également être engagée sur les moyens de transport pris en charge pour le retour à domicile post-urgence, qui reste un angle mort.

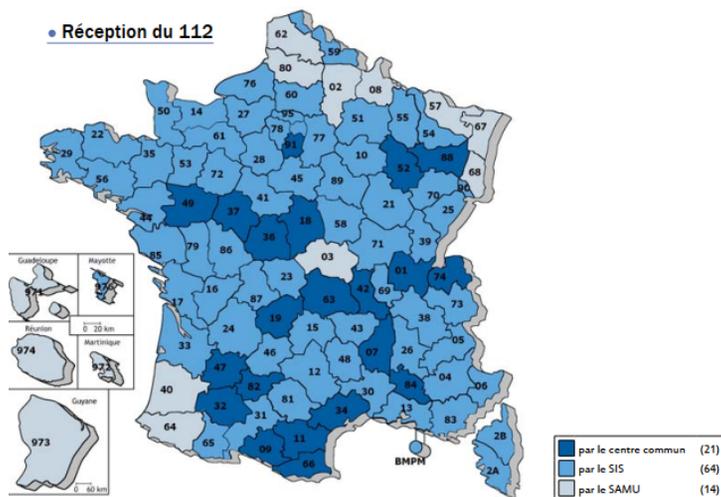
Proposition n° 6 : publier le plus rapidement possible le décret de réforme du transport urgent pré-hospitalier, en laissant la possibilité aux départements d'inclure les services d'incendie et de secours dans la garde ambulancière, sur la base du tarif CNAM, afin d'assurer le meilleur maillage possible du territoire.

(1) Réponses du ministère des solidarités et de la santé à vos rapporteurs.

3. Des réflexions autour de la « plateforme unique d'appels » d'urgence

À l'heure actuelle, les numéros d'urgence 15, 17, 18 et 112 sont transférables d'un service à un autre très rapidement, mais l'absence d'interconnexion informatique entre les systèmes d'information fait parfois perdre de précieuses secondes aux requérants, qui doivent souvent répéter les mêmes informations plusieurs fois. Les structures qui assurent la réception du 112 se répartissent aujourd'hui entre différents endroits du territoire : cette réception est assurée par les centres de traitement des appels (CTA) des sapeurs-pompiers pour environ 80 % du territoire, et par les centres de réception et de régulation des appels 15 (CRRA) des SAMU pour les 20 % restants.

RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES STRUCTURES ASSURANT LA RÉCEPTION DU NUMÉRO 112 SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS



Source : ministère de l'intérieur.

Lancée par le discours du Président de la République du 6 octobre 2017, la mise en œuvre d'un numéro unique, le numéro européen 112, vise deux objectifs principaux :

- simplifier l'accès du citoyen aux appels d'urgence par la conservation d'un seul numéro contre treize actuellement ;
- garantir aux requérants l'accès aux services d'urgence en tout temps, en tout lieu et y compris lors d'afflux massif d'appels, en disposant des ressources humaines, techniques et matérielles pour répondre aux besoins.

La loi dite « Matras » de novembre 2021 autorise une expérimentation de plateformes uniques, en actant trois modèles de plateformes départementales interservices à tester sous l'égide des ministères de l'intérieur et des solidarités et de la santé pendant deux ans :

- une plateforme réunissant les sapeurs-pompiers, le SAMU et les forces de sécurité publique ;
- une deuxième avec les seuls sapeurs-pompiers et le SAMU ;
- une troisième avec d'un côté le SAMU et les professionnels de santé libéraux, et de l'autre les sapeurs-pompiers et les forces de sécurité publique.

La loi « Matras » a également consacré la capacité pour les sapeurs-pompiers secouristes de réaliser des actes de soins d'urgence ⁽¹⁾, apportant une meilleure prise en charge des victimes, particulièrement dans les secteurs éloignés des SMUR.

L'expérience réussie d'une plateforme commune SDIS-SAMU en Haute-Savoie permet de montrer que le numéro unique n'est pas un préalable, mais qu'il faut au contraire commencer, lorsque les acteurs y consentent, par rassembler les différents services, afin de travailler ensemble, de créer des passerelles et de limiter les carences. Il importe de faire émerger une culture commune à ces différents services.

Le rapporteur Julien Borowczyk estime qu'il faut permettre l'intervention systématique d'un médecin régulateur au cours de l'appel initial, afin de garantir une juste évaluation du niveau d'urgence et d'adapter le transport, c'est-à-dire n'envoyer les sapeurs-pompiers que sur des missions de secours. Si les sapeurs-pompiers souhaitent tout de même conserver une activité de transport sanitaire, ils pourraient le faire sur la base d'une contractualisation, notamment dans les territoires ruraux, pour participer à la garde ambulancière sur la base du tarif de la sécurité sociale. En tous les cas, le rapporteur souhaite défendre et promouvoir un numéro dédié à la santé et régulé médicalement pour évaluer au mieux le degré d'urgence et les moyens à engager. Le numéro 18 doit rester centré sur les incendies et le secours.

La rapporteure Josiane Corneloup considère, quant à elle, que l'intervention d'un médecin régulateur n'est pas toujours indispensable, dès lors que les personnes qui reçoivent les appels urgents ont une formation adéquate et disposent d'un arbre décisionnel qui leur permet de répondre à toutes les situations.

(1) Administration d'adrénaline par stylo injecteur en cas de choc anaphylactique ou allergique, administration d'un aérosol pour les asthmatiques en crise aiguë, réalisation d'un électrocardiogramme télétransmis, administration d'un médicament antidouleur, etc.

B. DES RÉFORMES POUR RÉGULER ET ADAPTER LA DÉPENSE EN MATIÈRE DE TRANSPORT SANITAIRE

1. La réforme dite de « l'article 80 »

La réforme du financement des transports de patients votée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2018. L'article 80 de cette loi a pour objectif d'unifier les modalités de prise en charge des dépenses de transports inter et intra-hospitaliers et de préciser les règles concernant la prise en charge des transports des patients bénéficiant de permissions de sortie. Pour ce faire, elle prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement de l'ensemble de ces transports inter et intra-hospitaliers.

La mise en œuvre de cette réforme ayant posé d'importantes difficultés opérationnelles, une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) s'est déroulée, à la demande du ministère des solidarités et de la santé, entre le 11 décembre 2018 et le 15 janvier 2019. Les fédérations hospitalières étaient en effet opposées à la réforme, considérant qu'il s'agissait de reporter l'effort d'économies sur les établissements de santé. Ces derniers soulignaient également le transfert de charge de travail, en lien avec les marchés publics, les commandes, le règlement des factures, ainsi que la complexité de la réforme ⁽¹⁾.

À l'issue de ce rapport et conformément à sa recommandation, le ministère a, par une circulaire du 12 février 2019, marqué une « pause » dans le déploiement de cette réforme. Pour résoudre ces difficultés, ont été mis en place :

- un comité de suivi national et des comités de suivi régionaux ;
- plusieurs dispositifs d'accompagnement dont un système d'avance de trésorerie aux transporteurs et établissements de santé.

Le décret n° 2019-593 du 14 juin 2019 portant sur la prise en charge des transports de patients a également pris en compte les propositions de l'IGAS de procéder à des ajustements et corrections du décret initial pour pallier certaines difficultés de mise en œuvre rencontrées. L'ensemble de ces mesures a permis de mener à son terme cette réforme après la pause de six mois. Depuis, le calendrier de réunion du comité de suivi national a été perturbé par la crise sanitaire et le déclenchement d'autres projets d'ampleur, tels que la réforme des transports sanitaires urgents. Ainsi, à la sortie de la crise sanitaire, l'instance prévue aura vocation à reprendre le suivi national de la mise en œuvre de la réforme afin que celle-ci soit menée à terme. L'évaluation de la réforme devra également être engagée lorsque le contexte sanitaire s'y prêtera davantage.

(1) Réponses de la Fédération hospitalière de France à vos rapporteurs.

La réforme est donc pleinement mise en œuvre à ce jour avec notamment une actualisation en 2020 avec la mise en place de la modulation à la distance des suppléments transports. Cette réforme a rapidement permis, comme l'a constaté la Cour des comptes, de faire régresser les dépenses, ce qui « *suggère que la proximité et la responsabilité directe du financeur sur la dépense sont des facteurs d'efficience* » ⁽¹⁾.

En 2022, vont se mettre en place de nouvelles modalités de valorisation des suppléments transports remontés par les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie. La valorisation de ces suppléments, jusqu'ici strictement déclarative, passera désormais, comme c'est déjà le cas dans le champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), par un fichier permettant de chaîner les suppléments transports remontés par les établissements avec les séjours des patients concernés.

Cette réforme, si elle va certainement permettre de limiter la dépense en responsabilisant les établissements hospitaliers, doit s'accompagner d'une évaluation fine et régulière, afin de permettre à ces établissements d'en anticiper le coût. C'est pourquoi vos rapporteurs souhaitent que l'impact budgétaire de la mise en œuvre de « l'article 80 » soit rapidement évalué, comme le demandent les représentants des fédérations hospitalières.

Proposition n° 7 : évaluer l'impact budgétaire de la réforme pour les établissements hospitaliers.

Vos rapporteurs formulent également ci-après des propositions pour compléter les outils de gestion à disposition des établissements hospitaliers, même s'il apparaît que certains outils déjà en place, notamment les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), semblent insuffisamment utilisés pour réguler la dépense de transports sanitaires.

(1) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précitée, octobre 2019 (page 272).

Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins : un outils de régulation de la dépense insuffisamment utilisé pour le transport sanitaire

Créés par l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et applicables à l'ensemble des établissements de santé depuis le 1^{er} janvier 2018, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), prévus à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, sont venus se substituer à plusieurs contrats d'objectifs ⁽¹⁾ pour plus de lisibilité.

Signé par le directeur de l'ARS, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de l'établissement de santé, le CAQES fixe pour chaque établissement des objectifs quant à l'amélioration des pratiques, la régulation de l'offre de soins et l'efficacité des dépenses d'assurance maladie.

Il comporte plusieurs volets et d'abord un volet obligatoire, relatif au bon usage des produits de santé. Ce volet, conclu pour une durée indéterminée, s'applique à l'ensemble des établissements de santé et fixe leurs obligations, déclinées en plans d'actions dont la réalisation est mesurée par différents indicateurs.

Le CAQES comprend également trois volets additionnels, pouvant être proposés aux établissements pour une durée de cinq ans, dont un volet « transports » ⁽²⁾, afin de maîtriser l'évolution des dépenses de transports de patient prescrits par l'établissement et financés sur l'enveloppe des soins de ville (objectif obligatoire) et d'inciter et accompagner les établissements pour faire évoluer leurs pratiques de prescription et de commande des transports centralisée (objectif qualitatif facultatif), par exemple en mettant en place une plateforme de commande.

La réalisation des différents objectifs des CAQES fait l'objet d'une évaluation annuelle au niveau de chaque établissement. Le non-respect des objectifs pourra donner lieu à des sanctions. À l'inverse, leur respect pourra déclencher le versement d'un intéressement s'agissant des volets additionnels « transports » et « pertinence ».

Un premier bilan des CAQES a été lancé en 2018 : environ 2 000 établissements avaient signé un contrat. S'agissant des volets additionnels, la contractualisation a été axée sur le volet « transports » pour seulement 146 établissements. L'évaluation n'a pas pu être mise en œuvre en 2019, 2020 et 2021 en raison de la crise sanitaire. Il semble toutefois clair que les établissements de santé se sont insuffisamment saisis des CAQES comme outils de la régulation des dépenses de transport.

Selon l'étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020, la mise en place des CAQES s'est faite avec difficulté en raison notamment de la lourdeur du dispositif et du manque de pertinence de certains indicateurs. Aussi, l'article 64 de la loi de financement pour 2020 refond le CAQES afin de le recentrer sur un nombre limité de priorités d'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins.

Le CAQES ne sera désormais obligatoire que pour certains établissements identifiés par l'ARS, comme c'est le cas aujourd'hui en ce qui concerne les volets additionnels. En outre, son volet obligatoire sera conclu pour une durée maximale de cinq ans, contre une durée indéterminée actuellement, là encore sur le modèle des actuels volets additionnels. Enfin, son architecture sera simplifiée : le nombre d'indicateurs sera réduit (huit indicateurs nationaux et sept régionaux) afin de gagner en lisibilité, et les volets additionnels disparaîtront, afin d'évoluer vers un dispositif plus souple. S'agissant du volet additionnel « transports », ce dernier deviendra un des huit indicateurs nationaux. Ces nouveaux contrats entreront en vigueur en avril 2022.

2. Adapter les types de transports : les exemples du transport bariatrique et du transport partagé

Le secteur du transport sanitaire doit également être accompagné pour favoriser des modes de transport les plus adaptés aux attentes des patients. En cela, les évolutions récentes en matière de transport bariatrique et de transport partagé méritent d'être soulignées.

a. Les transports bariatriques

En 2019, 17 % de la population française adulte était en situation d'obésité (+ 8,5 % par rapport à 1997), ce qui représente plus de 8 millions de personnes⁽³⁾. L'obésité recouvre des réalités diverses : elle peut être modérée, avec un indice de masse corporelle (IMC) entre 30 et 35, sévère (IMC entre 35 et 40), voire très sévère/morbide (IMC supérieur à 40), cette dernière forme étant en hausse ces dernières années (2 % des femmes et 1 % des hommes en 2016, soit plus de 500 000 adultes). L'obésité sévère et morbide justifie particulièrement l'existence d'un transport sanitaire adapté, dit « bariatrique », l'obésité modérée pouvant généralement être prise en charge dans des conditions de transport normales⁽⁴⁾.

La définition du transport bariatrique, quant à elle, ne repose pas sur l'IMC, mais sur le poids du patient : le seuil minimal de poids est ainsi de 150 kilogrammes. Bien que les enjeux ne soient pas nouveaux, le transport bariatrique constitue une thématique récente. Si le « plan obésité 2010-2013 »⁽⁵⁾ avait pu faire écho à une prise de conscience sur ce sujet, en incitant à un équipement adapté des véhicules et en définissant une organisation régionale en matière d'utilisation de ces derniers, le bilan de son volet « transport » reste mitigé.

Le pilotage du transport bariatrique est éclaté entre deux catégories d'acteurs :

- les ARS, chargées de structurer le transport sur le territoire, *via* la rédaction d'un schéma d'organisation ;

(1) *Contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBU), contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), contrat de pertinence des soins, et contrats d'amélioration des pratiques en établissements de santé (CAPES).*

(2) *Les deux autres volets additionnels ont trait à la « pertinence », afin d'accompagner les professionnels dans la démarche d'amélioration de la pertinence des soins, et à l'« amélioration des pratiques », afin d'accompagner les établissements les plus en retard dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité de certaines pratiques médicales.*

(3) <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/obesite-prevention-et-prise-en-charge>

(4) EHESP, « Les transports sanitaires bariatriques. Répondre de façon éthique et efficace à l'exceptionnel », 2019 (pages 15 et 16).

(5) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf

- les centres spécialisés de l'obésité (CSO) et les centres intégrés de l'obésité (CIO), placés sous la direction de l'ARS et chargés de coordonner la filière bariatrique à l'échelon infrarégional.

Il apparaît cependant que cette organisation manque d'efficacité :

- certaines ARS n'ont toujours pas rédigé, ou seulement de façon sommaire, un schéma d'organisation ;
- l'implantation des CSO-CIO est hétérogène sur le territoire (quatre CSO en Île-de-France contre un seul en Bretagne par exemple) ;
- la démarcation des compétences entre CSO et CIO apparaît complexe, comme l'a souligné l'IGAS en 2018 ⁽¹⁾.

À l'heure actuelle, l'offre de transport bariatrique est inégalement répartie sur le territoire et en inadéquation avec les besoins. Selon une enquête de la CNAM menée auprès des CPAM en septembre 2020, **le transport bariatrique est organisé sur moins de 15 % des CPAM**. La « labellisation » du transport bariatrique par les ARS est rare, dans la mesure où la reconnaissance par ces dernières des entreprises en capacité d'assurer ce type de transport se fait le plus souvent sur la base d'une liste minimale de matériels spécifiques (brancard électrique, matelas d'immobilisation à dépression, etc.). Le nombre d'entreprises ainsi reconnues est faible (seulement une à deux par département). Une enquête est actuellement en cours pour dresser l'état des lieux de l'offre publique et privée du transport bariatrique et établir des annuaires de l'offre et des équipements disponibles à l'échelle de la région.

Il faut également souligner que **les transporteurs ne s'équipent que lorsqu'ils l'estiment nécessaire**. En effet, l'équipement s'avère particulièrement coûteux pour les entreprises. Les surcoûts éventuels facturés par les transporteurs sont le plus souvent à la charge du patient ⁽²⁾, représentant des dépassements pouvant atteindre entre 400 et 800 euros de reste à charge. L'obésité étant tendanciellement plus importante dans les milieux socio-économiques défavorisés ⁽³⁾, ces dépassements ne sont souvent pas pris en charge par les complémentaires santé, entraînant un **renoncement aux soins**.

Il faut toutefois relever des évolutions organisationnelles importantes ces dernières années en la matière :

- s'agissant du **transport urgent**, les acteurs du transport bariatrique sont les mêmes que ceux du transport sanitaire classique (SAMU-SMUR, SDIS, transporteurs privés). Les SAMU semblent répondre de manière efficace au

(1) IGAS, Julien Emmanuelli, Vincent Maymil et Pierre Naves, « Situation de la chirurgie de l'obésité », 2018.

(2) Il existe parfois une prise en charge au titre des missions d'intérêt général ou par les ARS, le financement par le Fonds national d'action sanitaire et sociale restant, quant à lui, très faible.

(3) EHESP, op. cit., (page 14).

transport bariatrique urgent ⁽¹⁾, avec des médecins régulateurs formés et des SMUR disposant du matériel adapté. Les SIS interviennent souvent en renfort. Au regard du faible nombre de cas de prise en charge d'obésité morbide, il n'apparaît pas nécessaire de s'équiper de véhicules exclusivement dédiés. En effet, la grande majorité des transports bariatriques est opérée par des véhicules classiques, équipés de brancards électriques pouvant supporter jusqu'à 240 kilogrammes. Toutefois, l'offre reste très hétérogène ;

- le transport inter-hospitalier fait, quant à lui, souvent l'objet de contrats entre les établissements de santé et les transporteurs privés. La réforme de l'article 80 de la LFSS 2017 a permis de stabiliser les tarifs, auparavant erratiques. Toutefois, la filière bariatrique est particulièrement en tension en ce qui concerne les transports sur les services de soins de suite et de réadaptation (SSR).

In fine, le transport bariatrique implique différents coûts financiers (du fait du reste à charge pour les patients et de l'équipement pour les transporteurs), humains (du fait de la formation nécessaire des personnels) et en termes de temps (ce type de transport nécessitant généralement plus de temps qu'un transport classique). Ces difficultés sont toutefois concentrées sur un faible nombre de cas (obésité morbide, cumulée à des pathologies associées et à des difficultés sociales) et concernent surtout le transport primaire non urgent (accessibilité au domicile entraînant des retards voire des refus de prise en charge, dépassements d'honoraires non régulés, manque de formation des ambulanciers, etc.).

La LFSS 2022 prévoit, dans son article 81, deux dispositions importantes pour continuer à progresser sur ce sujet :

- la possibilité pour l'État **d'expérimenter**, pour une durée de trois ans, le financement par le fonds d'intervention régional de la mise en place par certaines ARS d'une **prise en charge spécifique des transports de personnes en situation d'obésité sévère ou morbide**, ainsi que d'aides à l'acquisition de matériels et véhicules de transport sanitaire adaptés. Les conditions d'application de cet article seront fixées par arrêté. L'objectif de l'expérimentation est, selon l'exposé des motifs de l'amendement adopté, de « *renforcer le maillage territorial en ambulances adaptées et ainsi améliorer la prise en charge des personnes intéressées* » ⁽²⁾ ;

- la remise d'un rapport d'évaluation au Parlement avant la fin de l'expérimentation. Ce nouveau rapport s'inscrit dans la continuité de l'article 60 de la LFSS 2021, selon lequel le Gouvernement remet au Parlement un autre rapport, consacré à la mise en place d'une nouvelle tarification des transports bariatriques dans le cadre du renouvellement prévu de la convention nationale entre l'assurance maladie et les transporteurs sanitaires ⁽³⁾.

(1) EHESP, op. cit. (page 16).

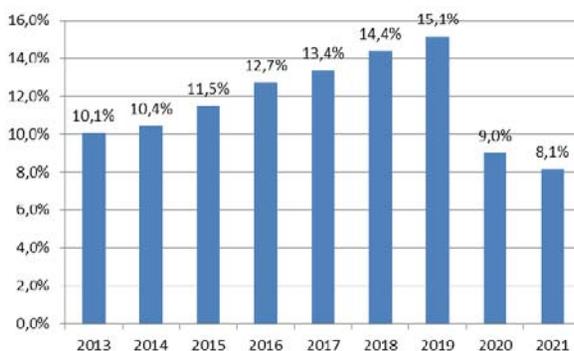
(2) https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements_alt/4523/AN/254

(3) Ce dernier rapport doit être remis dans un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle tarification.

b. Le transport partagé

Dans le double objectif de limiter le nombre de transports effectués pour le respect de l'environnement et de rationaliser la dépense, le transport sanitaire partagé paraît, sous certaines conditions, être une option intéressante. Les transports partagés représentaient, en 2019, 15 % du total des dépenses de transports en VSL. Une hausse du taux de transport partagé de 0,8 point par an a été constatée entre 2013 et 2019. La crise sanitaire et les restrictions de contact qu'elle a imposées ont logiquement entraîné une chute de 6 points du transport partagé entre 2019 et 2020. Sur le premier trimestre 2021, une nouvelle baisse est constatée.

**ÉVOLUTION ANNUELLE DU TAUX DE TRANSPORTS PARTAGÉS
(EN POURCENTAGE DES DÉPENSES DE TRANSPORT EN VSL, 2013-2021)**



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

Il faut également souligner que la part de transports partagés est très hétérogène selon les départements : elle est inférieure à 5 % dans trente-six départements (avec un minimum de 1 % en Haute-Corse) et supérieure à 10 % dans vingt-trois départements (avec un maximum de 30 % en Guyane). Les comparaisons internationales menées sur ce sujet ⁽¹⁾ montrent que **le transport partagé est peu développé en France**, là où les cinq autres pays de l'étude menée par la CNAM en 2017 ont l'obligation de le privilégier lorsque la situation du patient le permet. Les véhicules sont ainsi équipés pour transporter jusqu'à six patients dans l'État de Victoria (Australie), tandis que des minibus sont affectés par les transporteurs en Catalogne (Espagne).

Afin de favoriser l'utilisation du transport sanitaire partagé, l'avenant n° 10 à la convention nationale des transports sanitaires privés fixe comme objectif le doublement de la part des transports partagés. Pour y parvenir, les abattements applicables aux transports partagés ont été revus et un dispositif financier incitatif a été mis en place pour deux ans. Ainsi, chaque transporteur bénéficiera du reversement *a posteriori* d'une part des économies supplémentaires obtenues entre la part du transport partagé du transporteur et celle constatée après un an. Un malus est également prévu pour les entreprises réalisant moins de 5 % de transport partagé après un an.

(1) CNAM, op. cit., 28 avril 2017.

Taux d'abattement (article 2 de l'avenant 10)

Taux d'abattement	Avec option conventionnelle	Sans option conventionnelle
Tp 2 personnes	15%	23%
Tp 3 personnes	33%	35%

Bonus/malus (articles 4,5,6 de l'avenant 10)

Taux de transport partagé	Malus (2023 au titre de 2022)	Bonus (2022 au titre de 2021)
Moins de 5%	5% de l'activité VSL	
Entre 5 et 10%		25% de l'économie supplémentaire
Entre 10 et 20%		35% de l'économie supplémentaire
Plus de 20%		45% de l'économie supplémentaire

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

La nouvelle rédaction, issue de la LFSS 2020, de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale indique que la prescription pouvant donner lieu à un remboursement de frais de transport sanitaire doit préciser si l'état du patient est compatible avec un transport partagé. L'étude d'impact du PLFSS 2020 évaluait les **gains potentiels du développement du transport partagé à 26 millions d'euros à horizon 2021**, avec une hypothèse d'augmentation de 2,5 % de la part des transports partagés dans l'ensemble.

II. DES RÉFORMES À PROLONGER POUR CONTINUER À AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU SECTEUR ET REVALORISER LA PROFESSION DE TRANSPORTEUR SANITAIRE

A. FAIRE GAGNER EN EFFICIENCE LE SECTEUR DES TRANSPORTS SANITAIRES

1. Pour plus de données et d'innovations au service des patients et d'un transport sanitaire plus « vert »

Les données relatives aux dépenses en matière de transport sanitaire doivent conduire à réfléchir aux moyens de continuer à concentrer la dépense de l'assurance maladie en la matière sur les patients qui en ont besoin.

D'abord, les auditions de vos rapporteurs ont permis de constater l'un manque de données sur les transports sanitaires. En particulier, il n'existe pas de cartographie précise et évolutive de l'offre et de la demande en transports sanitaires. Ces informations seraient très précieuses, notamment pour les établissements de santé afin de mieux organiser leur gestion du transport sanitaire. Ce manque de données peut être en partie imputé à l'absence de « *concertation entre les acteurs au sein d'instances ayant pour objet le partage de données et de leur analyse et la construction d'une politique commune* » ⁽¹⁾.

(1) Réponses de la Caisse nationale de l'assurance maladie à vos rapporteurs.

Proposition n° 8 : demander au ministère des solidarités et de la santé de réaliser, avec la Caisse nationale de l'assurance maladie et les agences régionales de santé, une cartographie régulièrement actualisée de l'offre et de la demande en transports sanitaires dans chaque département.

Ensuite, des gains d'efficacité pourront aussi être retirés de la création de **plateformes de coordination des trajets**, en vue d'une meilleure utilisation des moyens. En effet, plusieurs exemples existent, dans certains centres hospitaliers en particulier, d'une organisation améliorée par la mise en place de plateformes permettant de centraliser la commande de transports et d'en coordonner l'organisation. Cette centralisation est notamment recommandée par le rapport d'inspection publié en avril 2016 ⁽¹⁾ car elle permet :

- de regrouper des données très diverses ⁽²⁾ en grande quantité, afin de réaliser des analyses statistiques permettant d'anticiper la prise en charge des patients par un mode de transport adéquat (en fonction de tel jour de la semaine, de telle période de l'année, etc.) ;

- de centraliser vers une entité unique les demandes de transports émanant des différents services de l'établissement, et de constituer le seul interlocuteur des transporteurs souhaitant répondre à ces demandes. La substitution de l'informatique à la commande téléphonique directe entre soignants et transporteurs permet notamment une distance entre le prescripteur et le transporteur.

Cette centralisation par l'intermédiaire d'une plateforme améliore la gestion des coûts, en ce qu'elle permet d'anticiper la demande et donc de limiter les substitutions du fait de l'éventuelle carence d'un mode de transport par rapport à un autre, pourtant plus adapté à la situation du patient. Cela permet aussi de garantir, en cas de prescription de transport assis professionnalisé, le transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient. La FHF a indiqué à vos rapporteurs qu'il s'agissait d'un « *outil majeur d'amélioration de la gestion des transports sanitaires* », permettant « *une gestion uniforme, un fonctionnement automatique la nuit, les week-ends et jours fériés, la traçabilité des demandes, la fluidification des sorties d'hospitalisation et constitue un gain de temps pour les services de soins, libérés de certaines tâches administratives* » ⁽³⁾. La transparence et l'objectivité que permettent ces plateformes rendent la régulation mieux acceptée par les transporteurs.

(1) *Inspections générales des finances (IGF), des affaires sociales (IGAS) et de l'administration (IGA), « Revue de dépenses relatives aux transports sanitaires », avril 2016.*

(2) *Nombre de patients et de véhicules dans une aire géographique donnée, répartition des véhicules disponibles par mode de transport, délai moyen de réponse à une commande, coût des courses, nombre d'événements indésirables, etc.*

(3) *Réponses de la Fédération hospitalière de France à vos rapporteurs.*

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ⁽¹⁾ a réalisé, en 2019, une revue des expériences de centralisation des commandes menées par dix structures ⁽²⁾ et montre que les établissements concernés ont tous fait état d'une réduction du temps consacré par le personnel soignant à la gestion du transport sanitaire, de la carence ambulancière et des coûts dédiés. À ce titre, le centre hospitalier universitaire de Montpellier est le premier établissement de santé à avoir eu recours à l'informatisation de la gestion centralisée de la commande de transports, dès 2003. Depuis 2019, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a mis en place la première plateforme de ce type à l'échelle régionale.

Il faut également constater que la régulation opérationnelle du transport sanitaire paraît **moins efficace en France que dans d'autres pays** ⁽³⁾. En effet, la centralisation des demandes de transport, permettant d'optimiser le nombre et le temps des trajets, est plus développée à l'étranger qu'en France, où elle est limitée à quelques établissements de santé. Ainsi, dans le comté de Scanie en Suède ou dans l'État de Victoria en Australie, un seul organisme traite l'ensemble des demandes de transport pour tout le territoire.

Certains pays ont également mobilisé les nouvelles technologies afin de réguler l'activité de transport, notamment le GPS, permettant de suivre le parcours des véhicules en temps réel afin, par exemple, de modifier la course pour optimiser le taux de remplissage (Australie) ou contrôler que le véhicule réalise le trajet le plus court (Allemagne). Le comté de Scanie a même mis en place une cellule dédiée à l'optimisation des transports.

Il importe donc que l'État puisse accompagner, sur les territoires, le déploiement de telles plateformes qui devraient remplir certains critères :

- ces innovations doivent émerger sur les territoires, que ce soit à l'échelle des établissements, des groupements hospitaliers de territoire, ou même sous l'impulsion de collectivités territoriales ou des ARS, en fonction des besoins spécifiques de chaque département ;
- elles doivent permettre d'assurer le transport le plus adapté à chaque patient, dans le respect du référentiel de prescription des transports sanitaires et avec des règles de facturation formalisées ;
- elles doivent respecter des règles minimales qui permettent notamment de garantir « *l'interopérabilité entre différents outils, la neutralité des opérateurs dans l'attribution des trajets, la traçabilité des flux de commande et de réalisation de ces dernières, ainsi que le suivi et la qualité* » ⁽⁴⁾. Le ministère des solidarités et de la santé pourrait définir ce cadre qui devrait être en mesure d'inciter les acteurs à s'en saisir ;

(1) ANAP, « Plateforme de centralisation de commande de transports - Retour d'expériences », juin 2019.

(2) Neuf établissements de santé et une agence régionale de santé.

(3) CNAM, op. cit., 28 avril 2017.

(4) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précitée, octobre 2019 (page 275).

- le projet doit associer les transporteurs et les patients, notamment dans la conception du logiciel de centralisation ;
- les personnels de santé doivent être formés à l'utilisation de la plateforme.

Proposition n° 9 : accompagner les établissements de santé et l'ensemble des acteurs qui le demandent dans la conception et le déploiement de plateformes informatiques de centralisation et de gestion de la commande de transports sanitaires.

Certains établissements de santé peuvent également améliorer leur organisation, en particulier afin de réduire l'attente dans le service des urgences et de mieux répartir les entrées et les départs. Des **salons d'entrée et de sortie** peuvent notamment être créés, avec des « check-lists » à jour. Ces salons permettent de centraliser les arrivées et les sorties, de limiter les temps d'immobilisation des équipages, de mieux réguler les flux de patients, d'accélérer la disponibilité des lits et d'optimiser les conditions de sortie. Le salon de sortie est destiné aux patients en fin d'hospitalisation qui attendent leurs proches ou une solution pour rentrer à domicile ou dans une autre structure. Certains exemples existent, par exemple au centre hospitalier de Martigues (Bouches-du-Rhône), où un salon de sortie a été créé en 2011 ⁽¹⁾ ; un tel salon a également été mis en place à Saint-Lô en 2016 ⁽²⁾ et au CHU Caen-Normandie ⁽³⁾.

Proposition n° 10 : inviter les établissements hospitaliers à créer des salons d'entrée et des salons de sortie, quelle que soit la taille de ces établissements.

L'innovation doit aussi concerner l'objectif de **verdissement du parc automobile** du transport sanitaire, qui reste encore sous-évalué par les pouvoirs publics et les acteurs du transport sanitaire. Le ministère de la transition écologique a mis en place une « task-force » dédiée à la transition énergétique des taxis. Cette task-force réunit les fédérations professionnelles de taxis, les constructeurs automobiles et des acteurs de l'avitaillement en énergie. L'objectif de cette instance est de favoriser et d'accompagner les professionnels dans la transition énergétique des véhicules en prenant en compte les contraintes spécifiques liées à leur usage professionnel. Les résultats de ces travaux pourront être partagés au-delà du secteur des taxis, selon les usages. Vos rapporteurs souhaitent insister sur ce point afin que des réflexions soient engagées en vue d'inciter les transporteurs sanitaires privés à se doter de véhicules plus propres. En outre, il pourrait être intéressant de s'orienter vers l'utilisation systématique de véhicules à grande capacité type minibus pour les VSL, ce qui pourrait être facilité par la mise en place de plateformes améliorant l'efficacité du taux d'occupation des véhicules.

(1) <https://www.apmnews.com/freestory/10/217942/un-salon-de-sortie-cree-au-ch-de-martigues-%28bouches-du-rhone%29-pour-mieux-reguler-les-flux-des-patients#:~:text=Le%20salon%20de%20sortie%20est,des%20cas%2C%20occupent%20un%20lit>

(2) <https://france3-regions.francetvinfo.fr/normandie/manche/saint-lo/hopital-de-saint-lo-le-salon-de-sortie-ravit-patients-et-personnel-979776.html>

(3) <https://www.chu-caen.fr/page.php?idpage=184>

Proposition n° 11 : engager des réflexions autour du verdissement du parc des véhicules affectés au transport sanitaire et inciter les entreprises à s'orienter vers l'utilisation systématique de véhicules à grande capacité pour les VSL.

2. Pour plus de pédagogie auprès des patients

Les auditions organisées par vos rapporteurs ont permis de rappeler la **pression très importante exercée sur les prescripteurs**, en particulier en médecine de ville, afin de signer des documents abusivement surnommés « bons de transport ». Les médecins font en effet l'objet, de la part de certains patients et transporteurs, de demandes insistantes pour garantir, souvent sans considération des critères légaux et médicaux, un remboursement des frais de transport.

Ce constat, unanimement partagé par les syndicats de médecins généralistes et spécialistes auditionnés par vos rapporteurs, peut être d'abord imputé à une **faible pédagogie réalisée auprès des assurés sociaux**, dans le but de clarifier les conditions dans lesquelles un remboursement est prévu par la loi. Comme indiqué en première partie, la grande diversité de situations pouvant justifier un remboursement ainsi que la complexité des normes afférentes peuvent expliquer les difficultés que rencontrent certains prescripteurs pour justifier d'une absence de « bon de transport ».

Cette situation s'inscrit dans un contexte où l'accès aux transports sanitaires ne paraît pas entravé pour les patients qui en ont besoin, comme le montrent les données relatives aux saisines du Médiateur national de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les saisines qui concernent les transports sanitaires sont certes en augmentation régulière mais restent très minoritaires : en 2021, elles représentaient 1 615 des 50 126 dossiers traités en médiation, soit 3,2 % des dossiers clos au 31 décembre 2021 ⁽¹⁾.

ÉVOLUTION DES SAISINES DU MÉDIATEUR NATIONAL DE LA CNAM AU TITRE DES TRANSPORTS SANITAIRES

Année	Nombre
2018	947
2019	1 382
2020	1 341
2021	1 615

Source : Médiateur de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Le motif principal de ces saisines est le refus de prise en charge de frais de transport pour défaut d'entente préalable, qui représente 608 des 1615 saisines en 2021— soit près de 38 % des dossiers relatifs à des difficultés liées aux transports sanitaires. Depuis 2018, les refus de prise en charge de frais de transport pour défaut d'entente préalable ont été inclus dans les saisines en première intention du médiateur ⁽²⁾.

(1) Réponses du Médiateur national de la CNAM à vos rapporteurs.

(2) Cela signifie qu'ils ne passent pas préalablement par le service des réclamations.

La demande d'accord préalable pour la prise en charge des frais de transport sanitaire

La prise en charge des frais de transport sanitaire est subordonnée à la présentation, par le bénéficiaire, de la prescription médicale de transport et d'une facture. Dans quatre situations identifiées, le prescripteur doit établir une demande d'accord préalable (DAP) :

- lorsque le patient doit se rendre dans un lieu distant de plus de 150 kilomètres ;
- lorsque l'état du patient nécessite une série de soins ;
- lorsque le patient (enfant/adolescent) doit se rendre dans un centre médico-psycho-pédagogique ou un centre d'action médico-sociale précoce ;
- lorsque le patient doit voyager en avion ou en bateau.

Cette formalité administrative doit être établie par le prescripteur pour accompagner le patient dans la prise en charge de ses soins dès lors qu'il l'oriente vers une structure de soins située à plus de 150 kilomètres de son domicile ou qu'il lui prescrit une série de soins. En vertu de l'intangibilité de la prescription, le transporteur ne pourra pas modifier la destination.

En pratique, le patient ignore souvent que la prise en charge de certains frais de transport est subordonnée à la formalité de l'entente préalable. Les prescripteurs et les transporteurs sanitaires, quant à eux, ne respectent pas toujours les obligations qui leur incombent dans ce domaine.

La direction de la médiation et les médiateurs locaux de l'assurance maladie ont eu à connaître de nombreuses situations dans lesquelles, bien que la justification médicale du transport prescrit ne soit pas en cause, le patient s'est vu opposer un refus de prise en charge de ses dépenses de transport par la caisse et a donc été pénalisé par le non-respect par le prescripteur du formalisme exigé par les textes. Certains assurés se voient également réclamer des remboursements de factures par des transporteurs qui, ayant pratiqué à tort le tiers payant, reçoivent une notification d'indu de la caisse d'assurance maladie. Après avoir remboursé l'indu à l'organisme social, le transporteur en demande le paiement au patient.

C'est pourquoi, il a été décidé par la direction de la médiation, à la suite de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, d'intégrer les saisines portant sur cette problématique au périmètre socle des médiateurs avec une compétence en première intention. Dans ces situations, le médiateur peut se rapprocher du service médical pour obtenir un avis sur la justification du transport et, si les éléments recueillis s'y prêtent, formuler un avis argumenté auprès de sa direction visant à obtenir la prise en charge des frais exposés.

Les résultats de 2020 sur ce motif, comparés à ceux de 2018, font apparaître un doublement de ces saisines et une forte progression de leur taux de résolution. Le doublement s'explique notamment, d'après le Médiateur, par les actions d'information sur la réglementation transport, la mise en place d'une procédure spécifique et la diffusion de la communication envers les assurés de cette procédure. L'examen de ces dossiers en médiation s'est traduit par un taux de résolution de ces situations en augmentation : 65,7 % en 2018, 77,5 % en 2020 et près de 82 % en 2021. Le taux de récurrence s'avère également très faible, de l'ordre de 2 % ⁽¹⁾.

(1) Assurance maladie, « Rapport d'activité 2020. Médiation » <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapportmediation2020.pdf>

La FHF a identifié, dans sa contribution à vos rapporteurs, des cas pour lesquels le remboursement étaient dépourvus de signification médicale, en particulier pour les patients réclamant une prescription médicale de transport, même si leur état de santé ne le justifie pas, afin d'éviter le coût voire les complications liées au transport ou encore le transport destiné à éviter les appels à la famille pour les retours à domicile.

La complexité de la réglementation constitue, d'après la FHF, un obstacle pour les établissements hospitaliers dans leur objectif de demander des transports uniquement pour les patients qui en ont besoin.

Dans ce cadre, avant d'entreprendre une éventuelle clarification de la réglementation, il est nécessaire d'accroître l'information des patients en ce qui concerne la réglementation relative aux transports sanitaires. Des chartes à destination des assurés sociaux pourraient être créées pour favoriser un travail de pédagogie et d'explication des différentes situations pouvant entraîner un remboursement des frais de transports sanitaires.

Proposition n° 12 : lancer, sous l'égide de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un travail majeur de pédagogie auprès des patients sur les conditions de remboursement des transports sanitaires.

3. Une prescription médicale à remettre au centre du processus

Comme indiqué plus haut, le prescripteur détermine, dans la prescription médicale de transport, le mode de transport le mieux adapté à l'état de santé du patient et à son niveau d'autonomie, dans le respect du **référentiel de prescription des transports**, fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006 ⁽¹⁾ : moyen de transport individuel, transport en commun, transport assis professionnalisé ou ambulance.

La mise en place de ce référentiel aurait, selon le ministère des solidarités et de la santé, permis de limiter l'augmentation de nombre de trajets dans les deux années suivantes. Cette amélioration est jugée insuffisante par la Cour des comptes en 2019 ⁽²⁾, le principe de prescription médicale préalable étant « *peu respecté* ». C'est surtout au sein des établissements de santé que la situation semble la plus préoccupante, la Cour indiquant que « *la plupart des établissements n'appliquent pas l'obligation légale d'identification des médecins qui y exercent* » (article L. 162-5-15 du code de la sécurité sociale). Pour ces derniers, les CAQES décrits plus hauts doivent permettre d'endiguer la dynamique des dépenses, en particulier de transport. C'est surtout la réforme de 2018 qui semble avoir permis d'initier ce mouvement. *In fine*, la Cour des comptes est allée jusqu'à considérer que « **le droit à un transport sanitaire s'est élargi jusqu'à perdre sa signification médicale** » ⁽³⁾.

(1) Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précité, octobre 2019 (page 267).

(3) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précité, octobre 2019 (page 276).

Des évolutions importantes ont été engagées ces dernières années en vue de permettre une « *responsabilisation des prescripteurs* », même si vos rapporteurs ont bien rappelé l'importante pression pesant sur ces derniers, de la part à la fois des patients et des transporteurs. Des mémos, des fiches d'aide à la pratique, ainsi qu'une application disponible sur *smartphone* depuis 2018 et des expérimentations dans certaines régions (notamment de carte de transport assis en dialyse) ont permis de compléter les outils à disposition de l'assurance maladie.

Surtout, depuis septembre 2021, l'assurance maladie a opéré une refonte du service en ligne de prescription médicale de transport. Parmi les nouvelles fonctionnalités, il existe désormais la possibilité de pré-remplir en ligne le formulaire Cerfa relatif à une demande d'accord préalable (DAP) puis de l'imprimer pour le remettre au patient. Cela pourra être de nature à réduire considérablement les saisines du Médiateur national de l'assurance maladie.

Il pourrait donc être utile, face à une situation aujourd'hui complexe et pouvant susciter l'incompréhension à la fois des professionnels de santé et des patients, de travailler à un nouveau référentiel de prescription des transports, seize ans après l'adoption du référentiel en vigueur. Ce nouveau référentiel, également nécessaire pour pacifier des relations parfois difficiles entre les hôpitaux et les patients ⁽¹⁾, devrait permettre de poursuivre plusieurs objectifs :

- renforcer le caractère médical du transport en ambulance : aujourd'hui, ce moyen de transport est prescrit compte tenu de sa prise en charge systématique sans possibilité d'évaluer *a posteriori* l'état de santé du patient ; le recours à l'ambulance est devenu paradoxalement dans les faits un motif administratif de prise en charge et non pas un motif médical ;

- réaffirmer les notions de déficience et d'incapacité comme critères pouvant justifier une prise en charge, ainsi que le prévoit l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale pour le transport des patients en ALD ;

- clarifier les critères conditionnant le remboursement des frais de transport pour les assurés sociaux. Il faudra en particulier travailler les critères médicaux, sociaux et psychologiques ;

- préciser que l'ALD n'implique pas obligatoirement une prise en charge des transports sanitaires. Le prescripteur doit spécifier le type de transport le plus adapté.

En outre, comme le propose le rapport IGAS-IGF-IGA, il pourrait être pertinent de « *mettre en place une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires, pour une enveloppe plafonnée à 10 millions d'euros l'an, éventuellement être ciblée sur les spécialistes les plus forts prescripteurs de*

(1) Réponses de la Fédération des hôpitaux de France à vos rapporteurs.

transports sanitaires (néphrologues, oncologues, psychiatres) »⁽¹⁾. Cette ROSP permet de compléter le paiement à l'acte, en se reposant sur le suivi d'indicateurs relatifs à l'organisation du cabinet et à la qualité de la pratique médicale.

Proposition n° 13 : travailler à un nouveau référentiel de prescription des transports (afin de clarifier les conditions de prise en charge et la lisibilité du processus de remboursement et de s'assurer que les remboursements aillent aux patients qui en ont besoin) et mettre en place une rémunération sur objectif de santé publique basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires.

4. Utiliser pleinement des outils de régulation face à l'augmentation de l'utilisation des transports sanitaires les plus coûteux

La réglementation en vigueur permet à la puissance publique de disposer de certains outils de régulation du transport sanitaire sur le territoire. Ces outils restent très peu ou mal appliqués, ce qui prive l'État d'une possibilité d'agir sur la répartition de plus en plus déséquilibrée des modes de transport sanitaire au profit des taxis conventionnés.

Tout d'abord, il existe des **quotas départementaux**, prévus aux articles L. 6312-4 et R. 6312-30 du code de la santé publique, qui se définissent comme un plafond du nombre théorique de véhicules sanitaires nécessaires pour répondre à la demande populationnelle. Ils s'imposent uniquement aux ambulances privées et aux VSL (à l'exception des ambulances exclusivement mobilisées pour répondre à l'aide médicale urgente).

L'arrêté du 5 octobre 1995 relatif à l'autorisation de mise en service des véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres fixe les modalités de calcul et détermine un nombre théorique par département comme suit :

- pour les communes de plus de 10 000 habitants : un véhicule par tranche de 5 000 habitants ;
- pour les communes de moins de 10 000 habitants : un véhicule par tranche de 2 000 habitants.

Arrêté par le directeur général de l'ARS concerné, ce quota départemental peut être majoré ou minoré de 10 % par décision préfectorale selon les spécificités locales, la fréquentation saisonnière ou la situation locale de la concurrence. Actualisé en théorie tous les cinq ans (article R. 6312-32 du code de la santé publique), ce dispositif est indexé sur les recensements populationnels. Une rénovation des modalités de calcul nécessite un consensus entre les acteurs de la sécurité civile, les transporteurs sanitaires et les conducteurs de taxis, qui doit s'inscrire dans un projet partagé, concerté et inscrit dans la durée.

(1) IGF, IGAS et IGA, op. cit., avril 2016 (page 57).

L'arrêté de 1995 ayant montré d'importantes faiblesses dans son application – en particulier en raison de la diminution de l'offre de VSL dans les plafonds – le décret du 29 août 2012 a permis de rénover le cadre des plafonds départementaux en :

- renforçant le parc de VSL, notamment en supprimant la limite de deux VSL dont une entreprise agréée pouvait disposer ;
- ajoutant de nouveaux motifs de refus de demandes d'autorisation (respect des quotas départementaux et maîtrise des dépenses de patients).

Toutefois, le bilan de l'utilisation de ces mesures est, selon le rapport IGAS-IGF-IGA ⁽¹⁾ en 2016, « *contrasté* » : l'offre globale de transports sanitaires s'est certes stabilisée, mais le « *rééquilibrage souhaité, au sein du transport sanitaire, en faveur des VSL, n'a pas eu lieu* ».

En 2019, la Cour des comptes avait relevé le fait que **ce dispositif ne recouvrait pas les taxis conventionnés**, désormais premier mode de transport sanitaire. En outre, la Cour, comme le rapport IGAS-IGF-IGA, indique que **l'actualisation de ces quotas n'a pas lieu sur la base prévue par le code de la santé publique**. La Cour considère ainsi que cet outil a été peu à peu « *vidé de son sens* » et qu'il est désormais « *cogéré avec les professionnels, à l'écart de la réglementation, dans l'objectif de préserver les valeurs patrimoniales attachées en pratique – mais non en droit – aux agréments dont ils bénéficient* » ⁽²⁾.

L'État dispose donc d'une **forte marge de progrès en ce qui concerne la politique de contingentement de l'offre de transport sanitaire**, qui doit être plus activement utilisée, dans l'objectif notamment d'en rééquilibrer la répartition entre VSL, taxis et ambulances. Ce constat nous impose de repenser cet outil indispensable de régulation de l'offre de transport sanitaire. La rénovation de ce dispositif, qui doit passer par une révision du décret du 29 août 2012, peut se faire selon plusieurs axes :

- intégrer les taxis conventionnés dans cet outil de régulation de l'offre. En effet, comme l'indique le rapport IGAS-IGF-IGA, « *tant que la régulation de l'offre de transports sanitaires (ambulances et VSL) demeurera contingentée, il est difficilement concevable, sauf à accepter des stratégies de fuite et de contournement, que l'offre du troisième mode de transport, celle des taxis, ne le soit pas* » ⁽³⁾ ;

- demander aux ARS une remontée d'informations régulière à ce sujet, afin de permettre au ministère des solidarités et de la santé d'assurer un « *suivi régulier* » et un « *pilotage continu* » ⁽⁴⁾ de la politique de contingentement, ce qui fait aujourd'hui défaut.

(1) IGF, IGAS et IGA, op. cit., avril 2016 (page 21).

(2) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précité, octobre 2019 (pages 264 et 265).

(3) IGF, IGAS et IGA, op. cit., avril 2016 (page 31).

(4) Ibid. (page 21).

Proposition n° 14 : réviser le décret du 29 août 2012 afin d'en étendre les dispositions aux taxis conventionnés, de réaffirmer l'obligation d'actualisation régulière des quotas et d'exiger des remontées d'information afin d'assurer un pilotage continu de la politique de régulation de l'offre de transport sanitaire.

Une solution complémentaire dans l'objectif de mieux réguler l'offre de transport sanitaire pourrait consister à faire usage du troisième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, qui autorise depuis 2016, sous la responsabilité des directeurs généraux des ARS, le contingentement du nombre de taxis conventionnés, comme le proposait le rapport IGAS-IGF-IGA en 2016 ⁽²⁾. L'application de cet article requiert toutefois la publication d'un décret qui n'a jamais vu le jour, comme l'avait déjà regretté le rapport IGAS-IGF-IGA. Interrogée par vos rapporteurs, la CNAM a indiqué que ce décret n'était pas publié en raison de « *freins politiques émanant des professionnels du transport sanitaire et du taxi* » ⁽³⁾.

Proposition n° 15 : publier, en concertation avec les professionnels du secteur, le décret d'application prévu par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, afin de permettre à l'État de disposer de tous les outils de régulation de l'offre de taxis conventionnés.

B. FAIRE ÉVOLUER LA PROFESSION DE TRANSPORTEUR SANITAIRE

La profession d'ambulancier souffre à l'heure actuelle de difficultés identifiées, du fait en premier lieu de la **faible attractivité du métier**, en raison notamment d'une rémunération jugée trop basse ⁽⁴⁾. Les syndicats d'ambulanciers font valoir que les **conditions d'accès** à la profession peuvent également constituer un obstacle majeur. En effet, il n'est possible de devenir ambulancier qu'à partir de l'âge de 21 ans, du fait de la réglementation sur le permis de conduire qui impose, pour entrer dans la profession, une période probatoire de trois ans après l'obtention du permis de conduire.

D'où le fait que le choix de la profession d'ambulancier représente souvent un choix « par défaut », puisqu'il n'existe pas de filière spécifique et que le nombre de candidats est en baisse. En outre, les contraintes inhérentes à ce métier (travail de nuit, le week-end et les jours fériés) ajoutent des difficultés de recrutement.

En effet, peuvent exercer la profession d'ambulancier les personnes titulaires du diplôme d'État d'ambulancier (DEA) ⁽⁵⁾. La formation permettant d'obtenir ce DEA est délivrée dans soixante-sept instituts de formation d'ambulanciers autorisés par les conseils régionaux, dont trente-huit sont publics.

(1) Issu de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

(2) IGF, IGAS et IGA, op. cit., avril 2016 (page 22 et recommandation n° 12).

(3) Réponses écrites de la CNAM à vos rapporteurs.

(4) Le niveau de rémunération horaire d'un auxiliaire ambulancier se situe au niveau du SMIC. Pour un ambulancier titulaire d'un DEA, cette rémunération horaire s'élève à 10,87 euros.

(5) Article L. 4393-2 du code de la santé publique.

À ce jour, les actes et les soins que sont autorisés à réaliser les ambulanciers sont intégrés au sein des **référentiels d'activités et de compétences**, avec par exemple les soins d'hygiène et de confort adaptés aux besoins et à la situation du patient ou encore les actes professionnels dans le cadre de l'aide médicale urgente. Ils peuvent également exercer des activités liées au transport de produits sanguins labiles, d'organes, ou au transport d'équipes de transplantations. En cas d'état d'urgence sanitaire ou dans le cadre de plans sanitaires, l'ambulancier peut être conduit à réaliser des actes de soins dans son domaine de compétences.

Lors du « Ségur de la santé », il a été fait état d'une importante pénurie d'ambulanciers et de grandes difficultés de recrutement. La **réingénierie de cette formation** a ainsi été inscrite dans le protocole d'accord de la fonction publique hospitalière (FPH) du « Ségur de la santé » du 13 juillet 2020. Cette réforme a pour objectif de renforcer l'attractivité de la formation et répondre aux évolutions de la profession au regard des besoins de santé.

Un groupe de travail dédié ⁽¹⁾ a permis d'élaborer un **référentiel d'activités et de compétences (RAC)** et de revoir le référentiel de formation pour l'ajuster au mieux aux évolutions identifiées dans le RAC. Ces travaux doivent conduire, d'après le ministère des solidarités et de la santé, à la publication prochaine d'un arrêté qui permet une **augmentation de trois semaines de la durée de la formation théorique** (556 heures) et de deux semaines de la durée de la formation clinique (245 heures). La formation d'ambulancier durera donc désormais 801 heures, soit un peu moins de six mois.

Le référentiel de compétences comprend onze compétences constitutives de cinq blocs. Cette nouvelle construction permet de proposer des équivalences de compétences ou des allègements de formation ⁽²⁾. L'objectif est de favoriser les passerelles entrantes afin de faciliter les reconversions et de rendre la formation plus attractive.

Le projet de texte adapte également certaines dispositions sur la procédure de sélection des candidats à la formation pour **préciser les conditions d'accès au diplôme** et les modalités de mise en œuvre visant à développer l'apprentissage et les parcours qualifiants. En effet, afin de lever les freins au recrutement d'apprentis dans cette formation, ces derniers seront dispensés du processus de sélection dès lors qu'ils auront déjà été sélectionnés par un employeur. De plus, selon certaines conditions, les auxiliaires ambulanciers pourront être dispensés de certaines épreuves.

(1) Outre la direction générale de l'offre de soins du ministère des solidarités et de la santé, ce groupe de travail était composé des représentants des fédérations représentatives des entreprises de transports sanitaires, d'une association représentant les ambulanciers SMUR, des organisations syndicales représentatives de la FPH et de la branche des transports routiers, des fédérations d'employeurs, des professionnels de la formation et d'un représentant des ARS.

(2) Avec notamment les certifications d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture, d'assistant de régulation médicale, d'accompagnant éducatif et social, et de baccalauréats professionnels ASSP (accompagnement, soins et services à la personne) et SAPAT (services aux personnes et aux territoires).

Le projet d'arrêté relatif à la formation conduisant au DEA et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier, qui comprend l'ensemble de ces évolutions, doit être publié « *en début d'année 2022* » d'après les réponses communiquées par le ministère des solidarités et de la santé à vos rapporteurs. Par ailleurs, ce projet d'arrêté rend le diplôme accessible par la voie de la validation des acquis de l'expérience (VAE), dans les conditions fixées par un arrêté de ce dernier. Cet arrêté sera publié « *dans un second temps* ».

Vos rapporteurs constatent toutefois que cette réforme importante n'a pas pris en compte certains sujets pourtant essentiels pour accroître l'attractivité du métier d'ambulancier. La question du permis de conduire apparaît en cela comme centrale et doit faire l'objet de discussions avec la profession afin de permettre, à terme, de définir un parcours d'apprentissage qui intègre le passage du permis de conduire, dans l'objectif d'abaisser l'âge à partir duquel il est possible d'entrer dans la profession. La réforme du DEA doit aussi s'articuler avec l'enjeu de création de passerelles entre le métier d'ambulancier et d'autres métiers du soin.

En outre, les réflexions autour de l'élargissement des gestes pouvant être réalisés par les ambulanciers doivent se prolonger, afin d'y intégrer par exemple la question du relevage à domicile ou encore de toutes les possibilités qui sont offertes par la télémedecine, au regard de laquelle les ambulanciers peuvent être des ressources précieuses pour les patients. Plus globalement, il importe à moyen terme d'assurer une meilleure rémunération aux ambulanciers, en prenant plus en compte les soins qu'ils peuvent prodiguer.

Proposition n° 16 : dans la continuité des réformes en cours du diplôme d'État d'ambulancier, réfléchir à de nouveaux axes permettant d'accroître l'attractivité du métier, notamment :

- un parcours d'apprentissage intégrant le passage du permis de conduire et permettant l'augmentation du quota de formation ;
- l'élargissement des gestes de soins pouvant être réalisés par les ambulanciers (notamment le relevage à domicile ou encore des gestes en lien avec la télémedecine) ;
- la définition de passerelles avec les métiers du soin ;
- une meilleure rémunération des ambulanciers en prenant en compte la dimension des soins prodigués.

CONCLUSION

Les transports sanitaires, dont l'organisation et la gestion sont complexes et difficilement lisibles, constituent une garantie fondamentale d'accès aux soins. Toutefois, il apparaît que la **multitude des situations** pouvant justifier un remboursement des frais de transport crée un flou juridique préjudiciable aux patients, aux professionnels de santé et aux transporteurs privés. En effet, en cumulant les onze motifs de prise en charge, les douze cas d'exonération du ticket modérateur et les cinq cas d'exonération de la franchise, pas moins de 140 situations différentes peuvent exister.

En outre, il faut rappeler **l'augmentation continue des dépenses** de transport sanitaire pour l'assurance maladie, qui atteignent en 2020 près de 5 milliards d'euros en dépenses remboursables – contre 2,3 milliards d'euros en 2003. L'accroissement de la part des taxis conventionnés – dont les tarifs sont supérieurs à ceux des VSL – et la concentration des dépenses sur les patients en affection de longue durée – exonérés du ticket modérateur – expliquent en grande partie cette augmentation continue de la dépense.

La réforme portée par l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a constitué un pas important en vue de responsabiliser les établissements de santé dans la gestion de la dépense en matière de transport sanitaire. Cette réforme, mise en œuvre non sans difficultés, mériterait une évaluation régulière, notamment en matière d'impact financier pour les établissements. Par ailleurs, des outils de contingentement du volume de transports sanitaires existent dans la loi mais leur utilisation nécessite de bien connaître, pour chaque territoire, l'offre et la demande en transports sanitaires.

Vos rapporteurs ont également voulu souligner **l'extrême complexité de l'organisation du transport sanitaire en France**, divisé entre plusieurs types d'ambulances, les VSL et les taxis conventionnés. Les spécificités de ces deux derniers types de véhicules sont plus difficiles à distinguer, ce qui doit conduire à engager une réflexion, à la lumière des expérimentations lancées récemment, autour de l'harmonisation des tarifs. Le **transport urgent pré-hospitalier** connaît, quant à lui, en raison d'une « carence ambulancière » qui ne cesse de s'accroître, des dysfonctionnements majeurs, conduisant à alourdir la charge de travail des sapeurs-pompiers au titre de missions qui ne relèvent pas du secours à la personne. Une réforme, travaillée depuis 2019, devrait aboutir prochainement mais peine encore à être définitivement publiée. Il faut remédier rapidement à cette situation.

D'autres réformes ont été menées, notamment pour inciter les transporteurs à se saisir du sujet du transport bariatrique ou encore pour favoriser le transport partagé, gage d'économies pour l'assurance maladie et de respect de l'environnement.

Vos rapporteurs considèrent cependant que certaines **réflexions et réformes supplémentaires pourraient être engagées**, en particulier pour disposer d'une cartographie précise et actualisée des besoins et de l'offre de transports sanitaires et pour créer des plateformes, au service notamment des établissements hospitaliers, permettant de centraliser et de gérer les commandes de transports sanitaires.

Les auditions menées dans le cadre de la mission d'information ont également permis de mettre au jour la nécessité d'accroître le **travail de pédagogie auprès des patients**, afin de mieux expliquer les motifs pouvant justifier une prise en charge des frais par l'assurance maladie et de valoriser l'utilisation des transports en commun et du véhicule personnel. Il faut également remettre la **prescription médicale** au centre du processus, en actualisant le référentiel de prescription des transports, qui date de 2006.

Enfin, vos rapporteurs veulent insister sur la nécessité de continuer à **faire évoluer la profession d'ambulancier**, qui souffre d'un fort déficit d'attractivité, du fait d'une rémunération insuffisante et de conditions d'accès trop contraignantes, qui retardent l'entrée dans le métier. En plus de la réingénierie du diplôme prévue à la suite du « Ségur de la santé », il paraît indispensable de construire un parcours d'apprentissage qui intègre notamment le passage du permis de conduire et des passerelles vers d'autres métiers de la santé.

Les ambulanciers constituent un maillon central et souvent oublié de la chaîne sanitaire qu'il importe aujourd'hui de revaloriser, tout en réformant plus globalement la gestion du transport sanitaire, afin d'assurer que les patients qui en ont besoin puissent bénéficier de ce service indispensable pour l'égal accès aux soins.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Au cours de sa quatrième séance du mercredi 16 février 2022, la commission examine le rapport de la mission d'information sur les transports sanitaires (M. Julien Borowczyk et Mme Josiane Corneloup, rapporteurs) ⁽¹⁾.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Il s'agit de la dernière mission d'information de notre législature, confiée le 1^{er} décembre dernier à nos collègues Julien Borowczyk et Josiane Corneloup.

Les transports sanitaires peuvent-ils être mieux organisés dans notre pays ? Les moyens que nous y consacrons, en forte hausse depuis ces dernières années, sont-ils justifiés ? Voilà deux des questions auxquelles nos rapporteurs pourront certainement apporter des éléments de réponse à l'issue de leurs travaux.

M. Julien Borowczyk rapporteur. Ma collègue Josiane Corneloup et moi-même avons l'honneur de vous présenter les résultats des travaux que nous avons menés depuis la fin de l'année 2021 dans le cadre d'une mission d'information sur les transports sanitaires. À cet égard, nous avons auditionné de nombreux acteurs, en particulier les fédérations professionnelles – ambulanciers, taxis, services d'aide médicale urgente (SAMU), sapeurs-pompiers –, les fédérations hospitalières, les syndicats de médecins, les différents ministères responsables de ce dossier et la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Cette dernière nous a transmis des données très actualisées que nous avons intégrées dans ce rapport. Ce dernier s'articule autour de trois parties dont nous vous restituons les principaux axes.

Les transports sanitaires sont constitués de l'ensemble des vecteurs destinés à transporter les patients vers les lieux de soins. Ils peuvent être de plusieurs types : ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, transports personnels, transports en commun et d'autres, plus rares comme les avions et les bateaux. La première partie de notre rapport dresse les principaux constats établis sur le transport sanitaire en France. Nous avons observé cent quarante situations différentes pouvant justifier d'un remboursement des frais de transport, soit un taux de remboursement de 93 %. Ces situations associent différents motifs de prise en charge. Il en existe onze dont l'affection de longue durée (ALD), les accidents du travail et maladies professionnelles, l'hospitalisation, etc. Auxquels s'ajoutent douze cas d'exonération du ticket modérateur – femmes enceintes de plus de six mois, nouveau-nés de moins de trente jours, etc. – et cinq cas d'exonération de franchise, comme la complémentarité santé solidaire ou les personnes porteuses d'une invalidité.

(1) https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11884009_620cfa5bec2a2.commission-des-affaires-sociales--situation-dans-certains-etablissements-du-groupe-orpea--transpor-16-fevrier-2022

Cette situation s'avère difficilement lisible et peut susciter des incompréhensions de la part des patients, des prescripteurs et des transporteurs. À noter qu'il existe 5 000 entreprises de transport en France. Dans la première partie de notre rapport, nous constatons une augmentation régulière des dépenses de l'assurance maladie pour ces transports. En effet, 4,3 milliards d'euros y ont été consacrés en 2020 contre 2,3 milliards en 2003. Les causes sont multiples : les patients les plus concernés par le transport sanitaire sont ceux qui souffrent d'une ALD et qui, à ce titre, bénéficient d'une exonération du ticket modérateur. Deux tiers des dépenses s'expliquent par le traitement de quatre pathologies : cancer, insuffisance rénale, maladies psychiatriques et cardiovasculaires. Ensuite, nous observons une augmentation continue de la part des taxis dans les déplacements : 16 % étaient effectués en taxi en 1995, contre 48 % en 2020. Or les taxis affichent des tarifs sensiblement supérieurs à ceux des véhicules sanitaires légers ou des véhicules personnels. En effet, le tarif moyen d'un trajet en taxi en 2020 s'élevait à 55 euros, contre 34 euros pour les VSL, 18 euros pour les transports personnels et 100 euros pour les ambulances, qui constituent des transports plus lourds. Toutefois, il convient de modérer ce constat, car la modulation tarifaire engendre la réalisation de trajets en VSL de plus en plus courts quand les transports en taxis réalisent de plus longs trajets.

L'accroissement des distances parcourues explique en partie l'augmentation des dépenses. Ces distances avoisinent en moyenne 13 kilomètres, soit une distance en nette augmentation depuis 2019. Les patients les plus concernés par les transports sanitaires souffrent d'une ALD. Or cette situation nécessite des déplacements dans des centres spécialisés souvent éloignés. Ces établissements sont de plus en plus techniques, notamment pour la prise en charge des cancers. Le vieillissement de la population représente un autre facteur d'augmentation du coût du transport sanitaire et concourt également à ces dépenses. Nous pouvons établir de manière assez claire une corrélation entre les régions où la part de la population de plus de 75 ans est la plus élevée avec les régions où les dépenses de transport sont très fortes.

Mme Josiane Corneloup, rapporteure. La deuxième partie de notre rapport examine en profondeur les spécificités de chaque type de transport. Tout d'abord, en ce qui concerne le transport assis professionnalisé, c'est-à-dire les VSL et les taxis, les VSL représentaient en 2020 710 millions d'euros de remboursements pour l'assurance maladie. Les VSL sont utilisés pour des trajets courts. Ainsi, 60 % de ces trajets atteignent moins de 15 kilomètres. En parallèle, la France a mis en place un conventionnement pour les entreprises de taxis afin qu'elles puissent réaliser un transport sanitaire. Ainsi, 37 400 véhicules sont conventionnés. Globalement, hors Île-de-France, cela concerne 82 % des taxis. Il s'agit d'une activité économique fondamentale pour ces entreprises. Or leurs tarifs s'avèrent complexes à définir, tandis que ces entreprises impliquent trois ministères. Les VSL se distinguent principalement des taxis, car leur chauffeur doit être titulaire d'un diplôme d'État d'ambulancier.

Dans notre rapport, nous expliquons qu'une expérimentation débutera en avril 2022 afin d'inciter, grâce à une contrepartie financière, les entreprises qui le peuvent à convertir leurs taxis conventionnés en VSL. Le ministère nous a indiqué que cette expérimentation permettrait de déterminer les conditions dans lesquelles l'harmonisation de la réglementation et des tarifs entre taxis et VSL pourrait s'effectuer.

Ensuite, notre rapport s'attarde sur l'autre pan du transport sanitaire, à savoir le transport urgent pré-hospitalier. Celui-ci est principalement assuré par les ambulances. 2,7 millions de personnes ont eu recours en 2020 à ce type de transport pour une dépense de 1,7 milliard d'euros. Dans notre rapport, nous examinons la question sensible des carences ambulancières. En effet, dans certains territoires, le manque d'ambulances pour assurer le transport urgent conduit les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) à assurer ces transports que nous pouvons qualifier de transports « secs ». Or la profession d'ambulancier rencontre des difficultés économiques. Les ambulanciers nous ont expliqué qu'ils ne pouvaient plus laisser des ambulances vides dans l'attente d'un transport urgent. Par conséquent, des carences sont identifiées et les SDIS doivent intervenir.

Si les SDIS sont d'accord pour intervenir en cas de secours d'une personne puis d'évacuation, ils ne souhaitent pas effectuer des transports dits « secs ». En effet, les SDIS sont principalement composés de pompiers volontaires. Leur intervention dans le cadre de transports secs peut les démotiver et mettre à mal l'organisation fonctionnelle des centres de secours. Ces derniers pourraient alors manquer de pompiers volontaires pour intervenir en cas d'urgence vitale.

Ces carences ont diverses explications, notamment les difficultés économiques de ces entreprises qui ont disparu dans certains territoires. D'après les chiffres à notre disposition, la situation s'avère particulièrement préoccupante. En 2020, les sapeurs-pompiers ont effectué 522 000 interventions au titre de carences et celles-ci ont augmenté de 54 % depuis 2012. Il faut donc aujourd'hui trouver une solution qui permettra aux différents acteurs d'occuper la place qui est la leur.

Un avenant à la convention avec les transporteurs privés est entré en vigueur en mars 2021. Il prévoit une réforme structurelle du transport urgent. Or cette réforme repose également sur la publication d'un décret qui vise à redéfinir l'organisation locale du transport urgent avec des ambulances qui seraient dédiées aux transports urgents pré-hospitaliers. En cas de non-utilisation des ambulances, les transporteurs seraient rémunérés. Ce décret prévoit une revalorisation des tarifs applicables aux transports urgents. À ce jour, il nous a été indiqué que ce décret était totalement finalisé. Cependant, il peine à être publié, alors qu'il est attendu par tous les acteurs présents sur le terrain. Ce retard peut en partie s'expliquer par la difficile coordination entre les différentes autorités de tutelle, en l'occurrence le ministère de l'intérieur et le ministère de la santé. Nous demandons donc la publication rapide de ce décret et une réflexion plus globale sur la gouvernance publique du secteur des transports sanitaires. En effet, de nombreuses autorités sont impliquées : la CNAM, les ministères de la santé, de l'intérieur, des transports, du travail et celui des finances. Cette organisation est devenue totalement illisible et génère des retards à la décision.

Notre rapport mentionne également la question complexe de la plateforme unique de réception des appels d'urgence. La « loi Matras » permet des expérimentations. Nous avons auditionné le centre d'incendie et de secours ainsi que le SAMU de Haute-Savoie, qui ont choisi de travailler ensemble depuis de nombreuses années. Ils disposent d'une plateforme unique. Il n'est pas question de numéro unique, mais bien de plateforme unique. Ils nous ont indiqué qu'au-delà d'un numéro d'appel unique, une véritable volonté des acteurs de travailler ensemble s'avère essentielle. Ces derniers disposent d'une culture du travail en commun qui permet un fonctionnement optimum de leur organisation et la limitation des carences ambulancières. Nous devons recentrer la mission des pompiers sur le secours et celles des SAMU et des structures mobiles d'urgence et de réanimation sur le transport sanitaire.

M. le rapporteur. Nous pouvons également citer d'autres réformes déjà menées, telles que celle portée par l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017. Cet article prévoit de confier aux établissements de santé le financement des transports inter et intra-hospitaliers. Cette réforme semble porter ses fruits, puisqu'en 2020, plus de 270 millions d'euros de frais de transport ont été supportés par les établissements. Les fédérations hospitalières nous ont toutefois indiqué qu'une évaluation budgétaire précise devrait compléter cette réforme. Par ailleurs, la mise en place de cette réforme a subi un ralentissement pendant la crise sanitaire. De plus, la nécessité d'évaluer son fonctionnement se fait sentir. Néanmoins, d'après les chiffres à notre disposition, nous constatons qu'une économie substantielle a été réalisée. En effet, il semblerait que les prescripteurs et les payeurs, à savoir les établissements hospitaliers, aient pris en compte leurs nouvelles responsabilités.

Nous avons également été saisis d'une autre problématique : le transport bariatrique pour les personnes de plus de 150 kilos. Pour les personnes en situation d'obésité, la LFSS 2022 prévoit la possibilité d'expérimenter une prise en charge de ces transports et de ces équipements pendant trois ans sur des fonds d'intervention régionaux. L'équipement des transports et les moyens humains sont spécifiques. Il est également nécessaire de prendre en charge le surcoût supporté par les patients, entre 400 et 800 euros. En effet, cette somme n'est pas prise en charge par les complémentaires santé. Ce point fait l'objet de l'article 81 de la LFSS 2022. Nous espérons que cette expérimentation portera ses fruits.

Nous souhaitons également promouvoir le transport partagé pour des raisons de performances économiques et écologiques. Les tarifs ont été revalorisés afin d'inciter les transporteurs à réaliser davantage de transports partagés. En 2019, seuls 15 % des transports sanitaires étaient partagés. Depuis le début de la crise sanitaire, le transport partagé a été très limité pour des raisons sanitaires et médicales.

Après avoir réalisé une analyse des réformes récentes, nous proposons plusieurs pistes de réflexion pour l'avenir. Tout d'abord, ce secteur peut gagner en efficacité. Pour cela, nous avons besoin de données. En effet, toutes les parties

prenantes arrivent à cette même conclusion : il existe un manque de données, de chiffres et de cartographie permettant de mettre en lien la demande et l'offre de transport sur chaque territoire. Ce travail doit nous permettre de mieux utiliser les outils qui existent dans notre droit pour contingerer, lorsque c'est nécessaire, l'offre de transport sanitaire. Sur cette base, nous devons également réfléchir à la création de plateformes territoriales qui permettraient de centraliser vers une entité unique les demandes de transport. Il s'agirait de disposer d'une plateforme de gestion publique permettant une plus grande objectivité dans la répartition des transports. Cette dernière favoriserait une meilleure efficacité du « taux de remplissage » des transports, tandis qu'elle permettrait d'adapter au mieux le transport à la pathologie du patient et d'éviter les retours à vide de certains transporteurs. Ce processus est d'ores et déjà expérimenté à un niveau local, notamment par les hôpitaux de Montpellier. La Nouvelle-Aquitaine expérimente également ce mode de fonctionnement à un échelon régional. La question se pose d'une expérimentation départementale. Quoi qu'il en soit, les opérateurs de transport nous ont demandé de poursuivre nos efforts dans l'élaboration de ces plateformes, qui constitueraient une garantie d'efficacité.

Un autre élément régulièrement mentionné concerne les salons d'entrée et de sortie qui existent notamment à Martigues. Ces salons offrent une plus grande fluidité dans la gestion des entrées et des sorties des patients. Ils permettent de libérer des chambres et des lits dans les services hospitaliers, de proposer davantage de confort et de disposer d'un *check-in* et d'un *check-out* avec des dossiers administratifs complétés au fur et à mesure. Ce processus favorise une moindre immobilisation des équipages ambulanciers et une meilleure répartition des entrées et des sorties dans le temps. Pour autant, il demeure important que les salons disposent des documents administratifs requis. De même, il s'agira de ne pas multiplier les salons en fonction du nombre de services.

Nous pensons également qu'une meilleure pédagogie est nécessaire vis-à-vis des patients, afin d'explicitier plus clairement les modalités de remboursement. Les prescripteurs, notamment les médecins généralistes, subissent une forte pression pour délivrer un bon de transport à leurs patients. À ce sujet, nous avons auditionné les syndicats de médecins, et ils nous ont fait part d'une réflexion intéressante, même si cette dernière reste difficilement transposable de manière objective dans le droit. Il s'agirait de prendre en considération le caractère médico-psychosocial du patient. Parfois, pour une pathologie même sévère, il est possible de ne pas avoir besoin de transport et, à l'inverse en raison d'un éloignement géographique ou social, d'être davantage éloigné de l'accès au soin tout en étant atteint d'une pathologie moins lourde.

En parallèle, il nous paraît important de flexibiliser les conditions de remboursement de transports en véhicule personnel. J'ai rappelé ce point au regard des différences de tarifs existants entre les VSL, les taxis et le transport personnel. Pour ce dernier cas, les déplacements ne donnent lieu à un remboursement qu'au-delà d'un trajet de 50 kilomètres. Pourtant ces trajets s'avèrent moins coûteux pour l'assurance maladie et permettent de ne pas emprunter un VSL ou un taxi.

Nous souhaitons également aborder le sujet du verdissement du parc automobile du transport sanitaire. Une problématique subsiste sur le coût et la disponibilité des matériaux. L'adaptation des entreprises de transports sanitaires aux modèles de véhicules électriques ou hybrides représente un coût pour ces dernières. Une piste intéressante serait d'inciter à l'utilisation de véhicules de plus grande capacité. C'est notamment le cas en Australie, où les transports sanitaires sont effectués en minibus. Ces modalités de transport permettent de véhiculer davantage de personnes et promeuvent ainsi le transport partagé.

Enfin, nous devons rappeler que le référentiel de transport pour les médecins date de 2006. Il doit être réactualisé autour des notions suivantes : renforcer le caractère médical du transport en ambulance, à ce jour le plus coûteux ; réaffirmer les notions de déficience et d'incapacité comme critère de remboursement ; préciser que l'ALD n'implique pas obligatoirement une prise en charge des transports.

Une autre piste découlant de nos travaux concerne l'utilisation des rémunérations sur objectifs de santé publique pour les médecins généralistes et spécialistes, afin de responsabiliser le prescripteur et de promouvoir des taux d'utilisation de transport moins importants.

Mme la rapporteure. Il nous semble également que la profession de transporteur sanitaire doit évoluer. Elle souffre d'un réel déficit d'attractivité avec des rémunérations basses et des conditions d'accès décourageantes. En effet, il est impossible de devenir ambulancier avant 21 ans, puisque l'entrée dans la profession ne s'effectue qu'après une période probatoire de trois ans à la suite de l'obtention du permis de conduire.

Après le Ségur de la santé, un travail de réforme du diplôme d'ambulancier a été lancé. Toutefois, il nous semble que nous pouvons proposer de nouvelles améliorations. Il s'agira plus spécifiquement d'intégrer dans le parcours d'apprentissage le permis de conduire pour supprimer cette condition d'accès à l'âge de 21 ans, d'élargir les gestes que les ambulanciers peuvent réaliser, notamment le relevage à domicile ou les actes en lien avec les évolutions numériques et la télé médecine, et de définir des passerelles avec les autres métiers du soin.

Pour conclure, les transports sanitaires constituent une condition indispensable pour assurer un accès égalitaire aux soins en dépit des conditions sociales, de la situation géographique ou des pathologies concernées. Il s'agit d'un acquis précieux que nous devons préserver. Pour autant, nous devons remédier à leur extrême complexité et à la difficile lisibilité des motifs pouvant justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie. Les propositions que nous formulons doivent permettre d'avancer pour consolider un secteur qui connaît d'importantes difficultés économiques, alors qu'il demeure indispensable pour notre système de santé.

M. Marc Delatte (LaREM). Vous avez su éviter l'écueil d'un rapport se perdant dans les méandres de la complexité et mis en valeur une approche pragmatique et humaine des problématiques. Je souhaite saluer les professionnels pour leurs actions au quotidien auprès des patients et plus particulièrement au moment des vagues épidémiques. Les ambulanciers, les chauffeurs de VSL et de taxis conventionnés, les sapeurs-pompiers, le personnel du SAMU ou encore du TGV ont persévéré dans une tâche particulièrement ardue. Cinq mille entreprises sont réparties sur le territoire pour assurer un droit fondamental d'égal accès aux soins. Elles permettent de répondre aux enjeux d'urgence de la prise en charge, tandis qu'elles jouent un rôle de premier plan face à l'inflation des maladies chroniques nécessitant un suivi régulier. Ces professionnels répondent quotidiennement à des appels concernant la chute d'une personne âgée, tandis qu'ils assurent les transports en série dans le cadre des séances de radiothérapie par exemple. Effectivement, les dépenses demeurent en constante augmentation pour assurer la qualité des soins. Rappelons que les professionnels du transport participent en amont et en aval au parcours de soins des patients. Ils représentent des acteurs essentiels de notre système de santé. Combien de témoignages n'avons-nous pas recueillis de patients attestant du soutien que les ambulanciers leur apportent au cours du transport, de l'attention qu'ils portent à la personne âgée qui a perdu sa mobilité ? En effet, leur participation au parcours de soins ne se limite pas au transport.

Mes interrogations découlent de vos seize propositions. Vous y avez d'ailleurs en partie répondu. S'agissant de votre proposition n° 16 concernant l'attractivité du métier d'ambulancier, quelles sont vos préconisations pour une formation initiale et continue, la mise en place de passerelles, les évolutions de carrière et la rémunération ? À propos de la proposition n° 12, que recommandez-vous quant aux patients, aux conditions de remboursement des transports sanitaires et à leur bonne utilisation ? S'agissant de la prise en charge des transports pour les plus indigents, je souhaite mentionner un rapport récent d'ATD Quart Monde qui relève le tournant médico-social de la transformation de notre système de santé. Enfin, à propos de la proposition n° 6, que pensez-vous de l'avancement du décret réformant le transport urgent pré-hospitalier, de son contenu et de la place du médecin régulateur dans le choix du mode de transport ?

M. Bernard Perrut (LR). Nous connaissons tous l'importance du transport sanitaire. Les établissements de santé et les patients sont régulièrement confrontés à un manque de disponibilité du personnel ambulancier, dont je salue néanmoins le travail de qualité. La disponibilité de ces transports peut s'avérer insuffisante sur certaines plages horaires. En outre, il existe des retards aux conséquences importantes sur l'organisation interne des transporteurs. En effet, ils constituent les principaux vecteurs d'événements indésirables que vous mentionnez dans votre rapport. Les difficultés pour trouver une solution de transport sanitaire ont été constatées par les établissements de santé, notamment la nuit et les week-ends. Les impacts sont directement perçus par les patients. Certains usagers n'auraient pas toujours accès aux soins faute de transport sanitaire disponible. Que recommandez-vous en la matière ? Quelle coordination faut-il organiser pour

permettre une fluidification des parcours ? Comment le développement de plateformes informatiques de gestion et de centralisation de la demande de transport pourrait-il impacter la situation de pénurie vécue par certains établissements ? Quelles échéances envisagez-vous ? Comment accélérer ce déploiement ? Vous apportez déjà un grand nombre de réponses à ces différentes interrogations.

Je souhaite vous interroger plus spécifiquement sur la question du transport sanitaire bariatrique, qui s'adresse aux personnes souffrant d'obésité ou de handicap. Il suppose un véhicule doté d'un équipement spécifique et d'une équipe dédiée composée de quatre personnes. Si le recours à un moyen de transport sanitaire dit classique est pris en charge par l'assurance maladie, le surcoût en ambulance bariatrique l'est-il également ? Une prescription médicale est-elle requise ? Comment mieux organiser cette prise en charge financière ?

Enfin, vous n'abordez pas le sujet des transports pour les soins extérieurs aux établissements tels que les dentistes, ophtalmologistes ou autres médecins spécialisés. Avez-vous pu mener des auditions sur ce thème ? Quelle organisation, quelle prise en charge financière et quelle évolution seraient envisageables ?

Mme Valérie Six (UDI-I). Je salue la qualité de votre travail et les nombreuses auditions organisées sur cette thématique complexe. Derrière les nombreux aspects du transport sanitaire se cache un enjeu majeur : garantir l'égalité de tous dans l'accès aux soins. Les membres du groupe UDI et Indépendants y sont particulièrement attachés, car nous luttons pour une décentralisation de la santé. Plusieurs propositions sont à saluer dans votre rapport, notamment celles visant à encourager les transports partagés, à revaloriser la profession, ou à publier le décret offrant la possibilité d'inclure les SDIS dans la garde ambulancière sur la base du tarif CNAM. Il est nécessaire d'avancer encore sur ces sujets afin d'optimiser les systèmes de gardes pour garantir une couverture du territoire aux horaires critiques.

Enfin, je souhaite recueillir votre avis sur deux points. Le premier point se rapporte au transport sanitaire transfrontalier. Je suis concernée dans ma circonscription par ce phénomène que vous n'abordez pas dans votre rapport. Cependant, j'ai été interpellée par les habitants de ma circonscription qui est frontalière de la Belgique. Ils m'ont fait part de dysfonctionnements. Nous savons que des conventions en matière d'aide médicale d'urgence existent, mais elles ne semblent pas toujours appliquées. Selon que le patient soit présent d'un côté ou de l'autre de la frontière, l'ambulance la plus proche doit se rendre sur place. Or ce n'est pas le cas et cette perte de temps peut entraîner des conséquences graves sur la santé.

Ma seconde question concerne la tarification des transports bariatriques, sujet que nous abordons régulièrement lors des commissions et notamment lors de l'examen des LFSS. À l'heure actuelle, l'offre de transport bariatrique est inégalement répartie sur le territoire et demeure en inadéquation avec les besoins. Nous restons dans l'attente d'une réglementation afin d'organiser la prise en charge de ces surcoûts. Les négociations tarifaires semblent toujours bloquées.

M. Thierry Michels. Je salue ce travail de qualité. Vous mettez en évidence les enjeux importants du transport sanitaire et vous soulignez l'urgence d'un traitement territorial de cette prise en charge. En effet, il existe des différences singulières entre les montants des coûts des trajets en fonction des modalités de transport disponible dans chaque territoire. Par ailleurs, il existe un réel besoin de travailler sur les transports bariatriques. Nous avons adopté ici un amendement pour mener des expérimentations. Or nous constatons que depuis plusieurs années les négociations entre la CNAM et les transporteurs n'aboutissent pas. Quel est l'état d'avancement de ces négociations ?

Par ailleurs, je m'interroge sur le lien existant entre la difficulté d'accès aux transports sanitaires par rapport au recours aux soins. En dépit du transport bariatrique, avez-vous constaté des difficultés de ce type dans d'autres secteurs sanitaires ? Investir dans le transport permettrait alors de s'engager dans la prévention et d'agir pour la santé de nos concitoyens.

M. Alain Ramadier. Je salue également la qualité de ce rapport. Bien qu'ils soient absolument nécessaires, les transports sanitaires représentent un coût important pour l'assurance maladie : 4,3 milliards d'euros. En moins de dix ans, leur coût a doublé, phénomène qui s'avère particulièrement inquiétant. Vous avez formulé de nombreuses propositions. Laquelle vous paraît la plus urgente à mettre en œuvre afin d'éviter que le coût de ces transports n'augmente ?

Par ailleurs, concernant le transport urgent, vous proposez de publier le plus rapidement possible le décret des réformes des transports urgents pré-hospitaliers en laissant la possibilité aux départements d'inclure les SDIS dans la garde ambulancière. Pourquoi cela n'a-t-il pas déjà été réalisé ?

Enfin, je vous rejoins quant à la nécessaire mise en place d'un nouveau référentiel de prescription des transports à destination des médecins sans pour autant que ces formalités administratives n'alourdissent leurs tâches. Il s'agira de les consulter préalablement à l'engagement d'une réflexion sur ces référentiels.

Mme Véronique Hammerer. Je reste particulièrement attentive à la question des transports bariatriques. Je m'interroge également sur les transports sanitaires en milieu rural pour réaliser des soins spécialisés. Dans ma circonscription, de nombreuses offres de soins sont centralisées à Bordeaux. Il existe des associations financées notamment par les agences régionales de santé (ARS) pour organiser des transports sanitaires et accompagner des personnes chez les médecins spécialistes. Avez-vous auditionné des associations de ce type ? Il en existe une dans ma circonscription, financée directement par l'ARS.

Mme la rapporteure. Nous avons constaté le rôle très important joué par les transporteurs lors de la pandémie. Nous avons également pu observer la grande difficulté que pouvait représenter cette gouvernance multiple. Aujourd'hui, les transports sanitaires relèvent essentiellement du ministère des transports. Or ce personnel ne figure pas sur les listes des professionnels dont l'accomplissement des

tâches nécessite un équipement de protection individuel. Nous avons pris connaissance de nombreuses interventions effectuées par les transporteurs privés sans aucune protection alors qu'ils se trouvaient régulièrement en contact avec des malades du covid-19. Il est indispensable de revoir cette gouvernance pour les assimiler à des professionnels de santé. Ils pourront ainsi évoluer dans leurs missions et être équipés convenablement lors d'une crise sanitaire.

Au cours de nos différentes auditions, nous avons constaté que, la nuit et le week-end, il s'avérait particulièrement problématique de trouver une ambulance. C'est la raison pour laquelle une réforme structurelle de ces transports urgents pré-hospitaliers a été mise en œuvre en mars 2021. Cependant, nous attendons toujours le décret d'application. Cette réforme structurelle vise à organiser les transports de façon différente. Elle a pour objectif de définir des périmètres et d'y installer des transports sanitaires réservés aux urgences pré-hospitalières. Tous les acteurs que nous avons auditionnés souhaitent que cette réforme soit mise en œuvre. Cependant, pour cela nous devons disposer d'une idée précise de l'offre et de la demande. Or, à ce jour, il n'existe pas de cartographie fine de ces éléments. Nous devons affiner ces critères pour proposer une répartition juste du personnel et du matériel laissé à disposition. Au fur et à mesure des différentes auditions réalisées, il est apparu indispensable que des ambulances dédiées à l'urgence pré-hospitalière puissent être effectives. En effet, compte tenu des difficultés financières de ce secteur, il s'avère impossible de conserver des ambulances immobiles qui ne permettent pas d'optimiser le système.

La question de la prise en charge de la mobilité dans les milieux ruraux a été abordée. Elle se pose également dans les milieux urbains où certains rencontrent des problèmes de mobilité en raison de leur grande précarité. Ces problématiques requièrent la mise en place de moyens de transport complémentaires. Néanmoins, nous devons demeurer vigilants face à l'augmentation des coûts.

Les problèmes transfrontaliers n'ont pas été abordés. Nous n'avons mené aucune audition en ce sens. Il s'agit donc d'un champ à investiguer.

La tarification des transports bariatriques constitue une attente forte. Il s'agit d'un amendement à la LFSS 2022 mais les négociations sont encore en cours. Les restes à charge évoqués sont importants. La demande s'avère particulièrement forte sur les territoires tandis que l'offre n'est pas adaptée. Les transporteurs privés nous ont fait part des difficultés engendrées par une mise en adéquation du parc, qui demande des investissements importants. Cette évolution ne pourra pas être réalisée sans une aide à destination des transporteurs, afin qu'ils puissent s'équiper de manière adéquate.

Le coût de ces transports sanitaires a doublé en dix ans. Les causes de cette évolution à la hausse sont multiples. Elle est notamment engendrée par le vieillissement de la population. Les besoins s'avèrent alors plus importants. En 2030, la démographie française se caractérisera par une forte accroissement du nombre des personnes centenaires. Cette évolution conduira à une augmentation des

soins pour des individus pluripathologiques. Beaucoup seront en ALD, ce qui entraîne une prise en charge totale des frais de transport. La hausse des coûts est également liée à un éloignement géographique des établissements hospitaliers. La part de kilomètres à parcourir croît, ce qui augmente la facture des transports sanitaires. Les taxis ont pris une place plus importante dans le transport sanitaire. Or leur coût est supérieur à ceux des VSL. Par conséquent, nous avons envisagé d'inciter fortement la prise en compte de l'utilisation du véhicule personnel avec une indemnisation des kilomètres probablement moins coûteuse. Enfin, si le coût de ces transports s'avère important, il demeure minoré par les interventions des SDIS, relativement moins facturées.

Nous n'avons pas auditionné de transporteurs bénévoles. Il en existe également dans ma circonscription. Ces associations rendent un service important, notamment pour les transports paramédicaux. Dans ma circonscription, le remboursement n'est pas effectué par la sécurité sociale, le bénéficiaire paye simplement les kilomètres effectués.

M. le rapporteur. Je souhaite féliciter ces transporteurs qui ont subi la pandémie en première ligne tout en manquant de matériel. Je leur apporte tout mon soutien.

Beaucoup de questions subsistent sur ce décret. Un fossé existe entre le transport prévu — facile à gérer pour les transporteurs — et le transport urgent, qui nécessite de mobiliser des vecteurs. S'agissant de la disponibilité de ces vecteurs, la plateforme globale que nous avons évoquée pourrait constituer une solution pour éviter les transports à vide et favoriser le partage des véhicules. L'intégralité des décrets concernant l'urgence pré-hospitalière viennent d'être soumis au Conseil d'État : ils proposent un parcours complet depuis la prise en charge de la garde ambulancière par les transporteurs sanitaires vingt-quatre heures sur vingt-quatre jusqu'à la revalorisation de la carence ambulancière, en passant par la formation et l'attractivité de cette carrière. Il existe également un lien avec la capacité de réaliser de la télémédecine en régulation urgente pour limiter la mobilisation des patients. En effet, si cette procédure est inapplicable pour un dentiste, la télé-expertise pratiquée par des infirmiers et infirmières doit être favorisée dans de nombreux cas.

Nous n'avons pas auditionné les associations. Nous nous trouvons sur une ligne de crête entre la mobilité intrinsèque et le transport sanitaire. Ces interrogations rejoignent nos réflexions sur le caractère médico-psychosocial du transport.

À mon sens, il est primordial de mettre en place la révision du référentiel. Les prescripteurs subissent une certaine pression.

Concernant les transports bariatriques, le vote en LFSS représente une réelle avancée. Il s'agit d'une expérimentation. Nous faisons face à un problème d'adaptation du personnel et du matériel. Parallèlement, une cartographie de l'offre s'avère nécessaire. Cette question se pose davantage pour le transport prévu car,

dans le cas du transport urgent, les adaptations sont plus aisées à réaliser. Il s'agit de l'enjeu de cette expérimentation, qui n'est pas encore transcrite par des accords. Elle constitue une avancée s'agissant des transports bariatriques.

Personnellement, je souhaiterais que la régulation soit d'ordre médical, car il s'avère nécessaire de régulariser la situation et d'adapter l'offre de transports à la pathologie initiale. Toutefois, ma collègue et moi ne sommes pas totalement d'accord sur ce point, ce qui est d'ailleurs signalé dans le rapport.

Nous n'avons pas mené d'auditions à propos du transport transfrontalier. La question se pose également concernant les transports transdépartementaux. Sur une garde, la capacité de transport transdépartemental n'existe pas ou peut s'avérer particulièrement compliquée. Or il arrive qu'un patient soit transporté à plusieurs kilomètres afin de rester dans son département, tandis qu'un établissement plus proche se trouve dans un département frontalier. Ce phénomène mobilise des équipages. Je n'ai pas de réponse à ces questions, qui constituent de réelles problématiques à étudier pour les gardes ambulancières.

Mme la rapporteure. À mon sens, l'élaboration d'un nouveau référentiel et le renforcement de l'attractivité du métier sont indispensables. De nombreux transporteurs nous ont indiqué éprouver des difficultés de recrutement. Les obstacles sont nombreux comme celui de la période probatoire au permis de conduite, tandis que la profession n'est pas suffisamment considérée en dépit de son travail important pendant la crise sanitaire. Il s'agirait de leur octroyer de nouvelles missions qui revaloriseraient leurs actions au quotidien.

Enfin, je remercie nos administrateurs, qui nous ont particulièrement aidés dans la réalisation de ces travaux.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je salue les avancées de ces travaux quant à la prise en charge des transports bariatriques. Il s'agit d'un sujet récurrent au cours de cette mandature. Cette expérimentation représente une véritable avancée.

En application l'article 145, alinéa 7, du Règlement, la commission autorise la publication du rapport d'information.

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 : faciliter le remboursement des frais relatifs à l'utilisation du véhicule personnel dans le cadre d'un transport sanitaire et demander à l'assurance maladie de réaliser une campagne de promotion de l'utilisation du véhicule personnel et des transports en commun dans le cadre de transports sanitaires.

Proposition n° 2 : face au constat d'une importante centralisation de la gestion du transport sanitaire en France, engager une réflexion sur l'adaptation fine des moyens aux spécificités de chaque territoire.

Proposition n° 3 : à l'issue de l'expérimentation « article 51 », enclencher un processus négocié d'harmonisation des normes et des tarifs applicables aux VSL et aux taxis conventionnés, tout en prêtant une attention particulière à l'amélioration de la situation économique de ces entreprises.

Proposition n° 4 : sous l'égide de la CNAM, engager une réflexion pour réduire drastiquement le nombre d'interlocuteurs publics des représentants des transporteurs sanitaires dans le cadre de la gouvernance de ce secteur. La piste d'une intégration des ambulanciers privés dans une branche professionnelle des métiers de la santé devrait en particulier être envisagée.

Proposition n° 5 : autoriser le remboursement des transports sanitaires régulés par les services d'accès aux soins vers les cabinets médicaux réalisant la permanence des soins non programmés.

Proposition n° 6 : publier le plus rapidement possible le décret de réforme du transport urgent pré hospitalier, en laissant la possibilité aux départements d'inclure les services d'incendie et de secours dans la garde ambulancière, sur la base du tarif CNAM, afin d'assurer le meilleur maillage possible du territoire.

Proposition n° 7 : évaluer l'impact budgétaire de la réforme pour les établissements hospitaliers.

Proposition n° 8 : demander au ministère des solidarités et de la santé de réaliser, avec la Caisse nationale de l'assurance maladie et les agences régionales de santé, une cartographie régulièrement actualisée de l'offre et de la demande en transports sanitaires dans chaque département.

Proposition n° 9 : accompagner les établissements de santé et l'ensemble des acteurs qui le demandent dans la conception et le déploiement de plateformes informatiques de centralisation et de gestion de la commande de transports sanitaires.

Proposition n° 10 : inviter les établissements hospitaliers à créer des salons d'entrée et des salons de sortie, quelle que soit la taille de ces établissements.

Proposition n° 11 : engager des réflexions autour du verdissement du parc des véhicules affectés au transport sanitaire et inciter les entreprises à s'orienter vers l'utilisation systématique de véhicules à grande capacité pour les VSL.

Proposition n° 12 : lancer, sous l'égide de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un travail majeur de pédagogie auprès des patients sur les conditions de remboursement des transports sanitaires.

Proposition n° 13 : travailler à un nouveau référentiel de prescription des transports (afin de clarifier les conditions de prise en charge et la lisibilité du processus de remboursement et de s'assurer que les remboursements aillent aux patients qui en ont besoin) et mettre en place une rémunération sur objectif de santé publique basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires.

Proposition n° 14 : réviser le décret du 29 août 2012 afin d'en étendre les dispositions aux taxis conventionnés, de réaffirmer l'obligation d'actualisation régulière des quotas et d'exiger des remontées d'information afin d'assurer un pilotage continu de la politique de régulation de l'offre de transport sanitaire.

Proposition n° 15 : publier, en concertation avec les professionnels du secteur, le décret d'application prévu par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, afin de permettre à l'État de disposer de tous les outils de régulation de l'offre de taxis conventionnés.

Proposition n° 16 : dans la continuité des réformes en cours du diplôme d'État d'ambulancier, réfléchir à de nouveaux axes permettant d'accroître l'attractivité du métier, notamment :

- un parcours d'apprentissage intégrant le passage du permis de conduire et permettant l'augmentation du quota de formation ;

- l'élargissement des gestes de soins pouvant être réalisés par les ambulanciers (notamment le relevage à domicile ou encore des gestes en lien avec la télémédecine) ;

- la définition de passerelles avec les métiers du soin ;

- une meilleure rémunération des ambulanciers en prenant en compte la dimension des soins prodigués.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURS

➤ *Audition commune :*

– **Ministère des solidarités et de la santé – Direction générale de l’offre de soins (DGOS)** – **Mme Sylvie Escalon**, sous-directrice de la régulation de l’offre de soins, **M. Pierre Savary**, chef du bureau du premiers recours, **Mme Eva Jallabert**, adjointe au sous-directeur des ressources humaines et du système de santé, et **Mme Emeline Gaultier**, chargée de mission sur les transports sanitaires

– **Ministère des solidarités et de la santé – Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **M. Timothée Mantz**, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins, **M. Guillaume Bouillard**, chef du bureau « Établissements de santé et établissements médico-sociaux », et **Mme Eugénie Khelifa**, rédactrice à ce même bureau

➤ **Fédération française de la mobilité sanitaire** – **M. Thierry Schifano**, président, **MM. Olivier Assié**, **Maurice Wolff**, **Jean-Luc Belaval**, **Lionel Zanghieri** et **Anthony Rebichon**, chefs d’entreprise

➤ **Caisse nationale de l’assurance maladie (CNAM)** – **Mme Marguerite Cazeneuve**, directrice déléguée à la gestion et à l’organisation des soins (DDGOS), **Mme Julie Pougheon**, directrice de l’offre de soins, et **M. Franck de Rabaudy**, responsable du département des professionnels de santé

➤ *Table ronde des fédérations professionnelles d’ambulanciers :*

– **Chambre nationale des services d’ambulances (CNSA)** – **M. Dominique Hunault**, président, **M. Vincent Juteau**, président délégué, **M. Pierre-Yves Vanstavel**, secrétaire national, et **M. Guillaume Narguet**, secrétaire général

– **Fédération nationale des artisans ambulanciers (FNAA)** – **M. Jean-Claude Maksymiuk**, président, **M. Sébastien Volpe**, vice-président délégué, et **M. Serge Beaujean**, secrétaire général

– **Fédération nationale des ambulanciers privés (FNAP)** – **M. Claude Delesse**, président, **M. Frédéric Delesse**, vice-président, **MM. Patrick Youx**, et **Alexandre Pleurmeau**, administrateurs

➤ *Table ronde des fédérations professionnelles de taxis :*

– **Fédération nationale des artisans du taxi** – **MM. Christian Labesque** et **Stéphane Campilla**, membres du comité directeur

– **Fédération nationale du taxi (FNNT)** – **Mme Emmanuelle Cordier**, présidente, et **M. Cyrille Jullien**, juriste

➤ *Table ronde des fédérations hospitalières :*

– **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) *** – **M. Lamine Gharbi**, président, **Mme Christine Schibler**, déléguée générale, **M. Thierry Béchu**, délégué général de la FHP-MCO, et **Mme Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles

– **Fédération hospitalière de France (FHF) *** – **M. Rudy Chauvel**, responsable adjoint du pôle OFFRES (Offre de soins, Finances, FHF data, Recherche, E-Santé), et **M. Denis Valzer**, conseiller Appui aux fédérations régionales

– **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) *** – **M. Guillaume Chesnel**, directeur de l'offre de soins

➤ **Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France *** – **M. le contrôleur général Éric Florès**, vice-président chargé du positionnement des sapeurs-pompiers de France, **M. le médecin-colonel Patrick Hertgen**, conseiller du Comité exécutif, et **M. Thibault Chuffart**, chargé de missions au cabinet et des relations institutionnelles

➤ **Ministère de la transition écologique – Direction générale des infrastructures, des transports et de la mer (DGITM) du** – **Mme Sylvie André**, sous-directrice des transports routiers à la direction des services de transports

➤ **Ministère de l'intérieur – Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises** – **M. le préfet Alain Thirion**, directeur général, et **M. Frédéric Papet**, directeur des sapeurs-pompiers

➤ **Agences régionales de santé (ARS)** – **Dr Jean-Yves Grall**, directeur général de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, président du collège des directeurs généraux, et **M. Pierre Pribile**, directeur général de l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté

➤ **France Assos santé *** – **Mme Marianick Lambert**, membre du bureau, et **Mme Féréuze Aziza**, conseillère technique assurance maladie

➤ *Table ronde des syndicats de médecins :*

– **Syndicat des médecins libéraux** – **Dr Philippe Vermesch**, président, **Dr William Joubert**, secrétaire général, et **Dr Sophie Bauer**, secrétaire générale

– **Confédération des syndicats médicaux français *** – **Dr Jean-Paul Ortiz**, président, **Dr Franck Devulder**, président spécialistes, et **Dr Luc Duquesnel**, président généralistes

– **Fédération des médecins de France** – **Dr Corinne Le Sauder**, présidente

– **MG France** – **Dr Marguerite Bayart**, vice-présidente, **Dr Florence Lapica**, vice-présidente, et **Dr Jean-Christophe Nogrette**, secrétaire général adjoint

➤ **SAMU-urgences de France** – **Pr Pierre Carli**, vice-président, **Pr Louis Soulat**, porte-parole, **Dr Henri Delelis-Fanien**, trésorier adjoint, et **Dr Agnès Ricard-Hibon**, administratrice

➤ **Dr François-Xavier Brouck**, médiateur national de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), et **Mme Annie Laloum**, adjointe au médiateur national

➤ *Audition conjointe :*

– **SDIS 74** – **Colonel Sébastien Paletti**, directeur adjoint, et **commandant Laurent Le Guinec**, chef du groupement opérations

– **SAMU 74** – **Mme Anne-Marie Fabretti**, directrice des relations usagers, de la qualité et de l'expérience patient et référente « Aide Médicale Urgente » au sein de la direction de l'établissement, et **Dr Thierry Roupioz**, chef du pôle urgences et responsable médical

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

**ANNEXE N° 2 :
DÉPENSES ET NOMBRE DE TRANSPORTS SANITAIRES, TOUS
MODES CONFONDUS, PAR RÉGION (2020)**

	Montants remboursés (en millions d'euros)	Montant remboursé par habitant	Nombre de trajets (en millions)	Nombre de trajets par habitant
Auvergne-Rhône-Alpes	381,85	46,85	6,6	0,81
Bourgogne-France-Comté	178,5	63,98	2,65	0,95
Bretagne	145,35	42,75	3,21	0,94
Centre-Val de Loire	155,78	60,85	2,66	1,04
Corse	23,93	68,3	0,35	1
Grand Est	315,02	56,86	5,23	0,94
Guadeloupe	23,56	63,66	0,51	1,3
Guyane	11,16	38,48	0,21	0,72
Hauts-de-France	320,49	53,41	5,79	0,97
Île-de-France	570,29	46	8,27	0,67
La Réunion	88,31	101,5	1,66	1,9
Martinique	24,94	71,2	0,57	1,63
Mayotte	6,65	22,17	0,09	0,3
Normandie	185,93	56,34	3,47	1,05
Nouvelle-Aquitaine	311,24	51,87	5,23	0,87
Occitanie	338,67	56,44	6,04	1
Pays de la Loire	157,62	40,4	3,16	0,81
Provence-Alpes-Côte d'azur	371,66	72,87	6,05	1,19

Source : commission des affaires sociales, à partir des données de la Caisse nationale de l'assurance maladie et de l'INSEE.

ANNEXE N° 3 : RÉPARTITION DES COMPÉTENCES DES DIFFÉRENTES AUTORITÉS DE TUTELLE SUR LE SECTEUR DU TRANSPORT SANITAIRE

	Ministère de l'intérieur	Ministère chargé des finances	Ministère des solidarités et de la santé	Ministère chargé des transports	Ministère du travail	Caisse nationale de l'assurance maladie
Services d'incendie et de secours	<ul style="list-style-type: none"> - Compétence de principe - Formation - Carrière - Organigramme décisionnel réglementant le « départ réflexe » <i>(avec la santé)</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Compensation des charges au titre de la carence ambulancière - Gestes médicaux <i>(réflexion actuellement avec l'Intérieur)</i> - réforme du TUPH <i>(avec l'intérieur)</i> 			
SAMU-SMUR			<ul style="list-style-type: none"> - Compétence de principe - réforme du TUPH <i>(avec l'intérieur)</i> 			
Ambulanciers			<ul style="list-style-type: none"> - Qualification professionnelle (diplôme, formation) - Fixation des quotas départementaux de véhicules sanitaires (ARS) - Organisation des soins (DGOS et ARS) - Agrément (ARS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Convention collective (ambulanciers privés) - Réglementation sociale spécifique <i>(ex : aménagement du temps de travail)</i> 		<ul style="list-style-type: none"> - Convention nationale négociée avec les fédérations nationales des transporteurs sanitaires privés dont tarification - Prise en charge (CPAM)

	Ministère de l'intérieur	Ministère chargé des finances	Ministère des solidarités et de la santé	Ministère chargé des transports	Ministère du travail	Caisse nationale de l'assurance maladie
Taxis	- Concertation avec le ministère chargé des finances pour la définition de l'arrêté qui fixe des tarifs maximum pour l'ensemble des courses de taxis	- Fixation par arrêté (en concertation avec le ministère de l'intérieur) des tarifs maximum pour l'ensemble des courses de taxis	- Matériel des véhicules - Gestes médicaux - Réforme du TUPH (<i>avec l'intérieur</i>) - Carrière (ambulanciers de la fonction publique hospitalière) - Conditions d'intervention à la demande du SAMU		- Convention collective	- Modèle national de convention-type négocié avec les fédérations nationales des taxis Conventionnement (CPAM) dont tarification

Source : commission des affaires sociales.