LA FNAA, LA FNAP ET LA FNTS S'ENGAGENT ET S'INVESTISSENT

PLAN STRATÉGIQUE 2012>2015

LE MOT **DES PRÉSIDENTS**

Entre la crise économique, les nécessaires mutations, les évolutions imposées par la conjoncture, la F.N.A.A., la F.N.A.P., la F.N.T.S., dans un effort de clarté, se sont astreintes à écrire leurs réflexions et orientations pour les 3 à 5 ans à venir.

Ce plan stratégique est un travail d'ouverture et de dialogue pour aboutir, de façon pragmatique à des solutions partagées entre tous les acteurs de la filière soins.

En faisant cette démarche nous attendons, de la part de nos partenaires institutionnels, hospitaliers, soignants, transporteurs sanitaires, un engagement sur le chemin de la mutualisation, coopération, harmonisation et optimisation de nos pratiques. C'est autour de la régulation des flux, du covoiturage, de l'urgence préhospitalière que nos efforts doivent se concentrer. Une culture de l'anticipation doit émerger pour nous amener vers un nouveau modèle économique équitable et efficient.

Il s'agit d'apporter des réponses organisationnelles et pécuniaires pour mettre en œuvre des gains de productivité et de qualité qui s'imposent à nous dans une logique de valorisation des acteurs et d'un mieux être pour les patients.

Au-delà des mots, des écrits, c'est sur le terrain que nos organisations professionnelles donnent rendez-vous à tous ceux qui veulent participer à ce renouveau vital.

Très cordialement,

Jean Claude MAKSYMIUK
Président F.N.A.A.

Bernard PELLETIER
Président F.N.A.P.

Thierry SCHIFANO
Président F.N.T.S.

SOMMAIRE

INTRODUCTION . . . . . PAGES : 6 > 9

PLAN STRATÉGIQUE . . . . . PAGE : 10

5 CHAMPS À INVESTIR. . . . . PAGE : 11

RÉGULATION ET ANTICIPATION
DES FLUX DES SORTIES HOSPITALIÈRES . . . . . PAGES : 12 > 15

AMÉLIORATION CONSÉQUENTE DES TRANSPORTS SANITAIRES
LIÉS AUX CONSULTATIONS ET AUX TRAITEMENTS ITÉRATIFS. . . . PAGE : 16

CONSULTATIONS . . . . . PAGE : 16

TRAITEMENTS ITÉRATIFS. . . . . PAGES : 17 > 18

RADIOTHÉRAPIES - DIALYSES. . . . . PAGE : 19

RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE. . . . . PAGES : 20 > 21

URGENCES PRÉ-HOSPITALIÈRES . . . . . PAGES : 22 > 25

SIMPLIFICATIONS ADMINISTRATIVES . . . . . PAGE : 26

DÉMARCHE QUALITÉ . . . . . PAGE : 27

CONCLUSION . . . . . PAGE : 29

LA F.N.A.A., LA F.N.A.P. ET LA F.N.T.S. S'ENGAGENT ET S'INVESTISSENT

INTRODUCTION

Alors que la crise économique touche le monde entier, les entreprises françaises et européennes doivent trouver un chemin pour valoriser leurs activités, maintenir et développer leurs résultats, promouvoir l'emploi et la qualité de service auprès des patients transportés.

C'est dans une telle conjoncture que le transport sanitaire doit s'engager et s'investir. La Présidentielle et les législatives viennent, en France, redistribuer les cartes sans pour autant modifier les enjeux qui s'imposent à tous : Comment répondre aux restrictions budgétaires sans mettre en difficulté les entreprises du transport sanitaire ? Quelles alliances peut-on avancer entre restrictions et développements ? Existe-t-il des opportunités pour relever un tel challenge ?

La F.N.A.A., la F.N.A.P. et la F.N.T.S se veulent force de propositions, dans une vision large et globale où les efforts de modernisation devront être partagés par toute la filière sanitaire. C'est avec cette ligne directrice que nos fédérations, proposent un document cadre qui guidera, stratégiquement et méthodologiquement, leurs efforts dans les mois et années qui viennent. Avant de trouver les voies de la négociation, cet exercice de clarté nous paraît être une bonne assise pour faire avancer des idées et partager la responsabilité d'une modernisation de nos entreprises, de leurs fonctionnements.

L'esprit de coopération, de mutualisation et de complémentarité anime cette démarche. La complexité des systèmes en place, leurs cloisonnements, leurs propres logiques ne vont pas toujours dans le sens d'une efficience globale. C'est pour cet ensemble de raisons que nos organisations professionnelles entendent être des partenaires actifs, dans cette quête d'amélioration des pratiques du transport sanitaire, intégrée de façon systémique à la filière soins.

Il paraît nécessaire de rappeler que nos fédérations n'ont pas une simple démarche opportuniste et conjoncturelle. En effet les représentants des trois organisations professionnelles participent, depuis de longues années, aux instances qui proposent l'évolution des textes législatifs et réglementaires. Ils participent aux commissions de concertations et d'améliorations des pratiques tout en ouvrant le terrain des expérimentations qui, jusqu'à présent, sont venues valider leurs propositions. C'est avec ce pragmatisme que la F.N.A.A., la F.N.A.P. et la F.N.T.S. engagent les négociations. C'est sous l'angle de l'intérêt général qu'elles soutiennent la profession de transporteur sanitaire.

On retrouve, par exemple, sa contribution dans :

1 - les lois de finances 2011 (article 65 sur la mise en place des contraintes par rapport aux hôpitaux…) et 2012 (Art 45 sur la fongibilité des enveloppes…).

2 - Les différents référentiels (Urgence pré-hospitalière, S.A.M.U et transports sanitaires, référentiel du 27 Mai 2010…).

3 - L'avenant n° 6 concernant l'assurance maladie et l'optimisation des transports.

4 - Etc.

En plus de leur travail auprès des ministères, des services de l'état, notamment la DGOS, la DSS, la CNAMTS, nos trois fédérations s'approprient aussi la notion de territoire initiée par la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » du 21 Juillet 2009.

INTRODUCTION

Depuis plus de cinq ans des plateformes logistiques sont mises en place pour répondre à une vision dynamique du territoire et ainsi fonder sa rationalité organisationnelle à partir des orientations retenues par le législateur.

La phase de mise en œuvre des dispositifs est arrivée.

Des efforts partagés et une volonté d'aboutir doivent être initiés par chaque partenaire, dans leurs propres réseaux. Le temps du chacun chez soi est révolu. Du côté de l'Etat, des ministères, des ARS, de la CNAMTS, de l'ANAP comme du côté de la F.N.A.A., la F.N.A.P., la F.N.T.S. et des professionnels du transport sanitaire, une volonté de suivre les dispositions arrêtées s'impose. Il importe, pour nos fédérations, d'apporter leurs contributions. Les habitudes vont sans doute être bousculées.
La culture d'entreprise des transporteurs sanitaires, des institutionnels et les comportements des soignants doivent s'harmoniser pour réussir ce challenge :

1 - améliorer la qualité du parcours de soins du patient,

2 - raisonner en filières,

3 - rationaliser les organisations et leurs interdépendances,

4 - optimiser les coûts,

5 - réduire les dépenses énergétiques,

6 - réduire l'effet carbone et la pollution,

7 - Développer, valoriser et soutenir les acteurs dans leurs cœurs de métiers,

8 - etc.

Nos organisations professionnelles s'imposent un exercice de clarté afin de tracer, le plus explicitement possible, leur travail à venir.

Après avoir présenté nos hypothèses de travail à ces ministères et services d'état concernés, c'est auprès des 26 Agences Régionales de Santé (ARS), de la CNAMTS, qu'il faudra confronter les propositions retenues. Si les bases d'une modélisation peuvent se concevoir, une nécessaire contextualisation, au niveau des régions, s'imposera pour tenir compte des spécificités locales, humaines, économiques et sociales.

Avec les ARS, trois axes se dessinent autour de :

1 - La régulation et l'anticipation des flux de sorties hospitalières.

2 - L'optimisation des transports sanitaires liés aux traitements itératifs (dialyse, rééducation fonctionnelle, chimiothérapie, radiothérapie) et aux consultations.

3 - L'organisation pour gérer l'urgence pré-hospitalière.

Avec la CNAMTS, trois points sont à travailler :

1 - Les formalités administratives (PEC+).

2 - La dématérialisation des annexes et factures.

3 - La dématérialisation des prescriptions médicales.

Avec les partenaires sociaux cela tourne autour de deux thèmes :

1 - La rémunération et accessoires et le suivi des évolutions sociales.

2 - La formation.

Sur le champ fiscal une réflexion est à mener sur le dossier TVA, dans une perspective européenne.

Les points ci-dessus représentent l'axe majeur des travaux de nos fédérations. Leurs missions ne se réduisent pas qu'à ces objectifs puisqu'elles gardent toute leur liberté de réactions et d'actions auprès et avec leurs adhérents respectifs.

F.N.A.A. - F.N.A.P. - F.N.T.S.
PLAN STRATÉGIQUE 2012-2015

La finalité de nos fédérations est d'être partenaire et force de propositions pour rendre pérenne la qualité globale et l'efficience de la filière soins

Leurs contributions, dans cette vision globale, chercheront à optimiser les transports sanitaires de façon durable et efficiente.

L'ensemble des propositions s'inspire des orientations prises lors des précédentes Universités et du référentiel commun du 27 Mai 2010, sur l'organisation des transports sanitaires primaires non urgents, des transports inter-hospitaliers et du retour à domicile des patients. Ce référentiel a été élaboré par le comité des transports sanitaires associant les représentants des transporteurs sanitaires, des établissements de santé, la DGOS, la DSS et la CNAMTS.

L'enjeu vise à sortir d'une incohérence où la CNAMTS augmente son taux d'évolution des dépenses dans le secteur du transport sanitaire de 3 à 6 % par an, alors que les entreprises de transport sanitaire connaissent de plus en plus de difficultés pour fonctionner. On sait que l'évolution des dépenses touche aussi bien la dimension tarifaire que celle des volumes des transports.

Si on note que les entreprises ont leur taux de production aux alentours de 45 à 50 %, on comprend que ce niveau de production est trop faible pour rendre significatif les valorisations décidées par la CNAMTS. Celles-ci étaient dans une logique de compensation des charges. Elles finançaient 100% des coûts sans aborder cette notion de gains de productivité.

La F.N.A.A., la F.N.A.P. et la F.N.T.S. proposent aux partenaires et aux transporteurs sanitaires de profiter des mutations actuelles pour saisir ces opportunités d'évolutions. Il s'agit d'aller vers une optimisation des transports sanitaires avec un esprit de coopération, mutualisation et complémentarité avec la filière soins, dans une logique « gagnant-gagnant ». Les conséquences, au final, viseront à atteindre la qualité et l'efficience des transports sanitaires et des soins pour les patients. Il s'agit aussi de renforcer la pertinence et la légitimité des transports sanitaires en évitant leur déstructuration.

Cinq champs sont à investir, coordonner, structurer, valoriser et optimiser :

La régulation et l'anticipation des flux des sorties hospitalières.

L'amélioration conséquente des transports sanitaires liés aux consultations et aux traitements itératifs.

La gestion de l'urgence pré-hospitalière (centre 15).

L'amélioration des formalités administratives avec la mise en œuvre du PEC+, la dématérialisation des annexes et factures ainsi que la dématérialisation des prescriptions.

Poser des critères et exigences « qualité » pour suivre et évaluer la démarche à moyen et long terme.

Les points A, B et C sont à travailler sous l'angle des plateformes logistiques. Le point D est plus une question de forme, autour de l'allégement administratif et des coûts de gestion, mise en place par la CNAMTS.

A - La régulation et l'anticipation des flux des sorties hospitalières.

Il s'agit de :

1) Proposer un modèle innovant de gestion des flux par la mise en place de plateformes logistiques de régulation.

2) Améliorer la gestion des entrées et sorties des patients pour une meilleure gestion de l'occupation des lits hospitaliers.
   - Développer une réelle culture de l'anticipation.
   - Réduire les périodes de pointes pour les transporteurs sanitaires (lisser la demande et mieux transporter).
   - Optimiser la gestion des transports sanitaires avec l'objectif de maîtriser l'enveloppe budgétaire des frais des transports.
   - Améliorer le parcours de soin du patient. Rationnaliser les déplacements.
   - Participer aux économies d'énergies tant attendues au niveau des émissions de carbone.

A1) Proposer un modèle innovant de gestion des flux par la mise en place de plateformes logistiques de régulation :

Proposer la création de plateformes logistiques, par département ou territoire, pour réguler les flux d'entrées et de sorties des hôpitaux, est un axe fort des propositions de la F.N.A.A., la F.N.A.P. et la F.N.T.S. Avant de faire cette suggestion, elles suivent le travail expérimental qui a été mis en place, dans le sud de la France, depuis 5 ans. Les résultats sont significatifs et très encourageants. Le principe de créer une plateforme de régulation, pour plusieurs hôpitaux, cliniques, sous l'égide et à la charge des professionnels du transport sanitaire passe par la mise en place d'un fonctionnement neutre, équitable et explicite. Des règles claires respectent les objectifs soulignés dans le référentiel commun de l'organisation des transports sanitaires primaires non urgents, des transferts inter-hospitaliers et du retour à domicile (référentiel du 27 Mai 2010). Les ARS, les CPAM et les hospitaliers sont les premiers intéressés pour faire bouger les lignes en faisant appel à la participation des acteurs engagés. Il s'agit d'une responsabilité partagée dans un contexte contraint où tout le monde doit apprendre à perdre un peu individuellement pour gagner collectivement. C'est à ce prix que l'amélioration du système de gestion des flux d'entrées et sorties des hôpitaux, cliniques trouvera une issue favorable et respectueuse de chacun.

C'est parce que cette démarche est opérationnelle et pertinente que nos organisations professionnelles souhaitent la soumettre aux autorités compétentes pour répondre aux enjeux économiques et à la nécessaire efficience des moyens déployés au sein de la filière santé.

A2) Améliorer la gestion des entrées et sorties des patients pour une meilleure gestion de l'occupation des lits hospitaliers.

- Développer une réelle culture de l'anticipation.
- Réduire les périodes de pointes pour les transporteurs sanitaires (lisser la demande et mieux transporter).
- Optimiser la gestion des transports sanitaires avec l'objectif de maîtriser l'enveloppe budgétaire des frais des transports.
- Améliorer le parcours de soin du patient. Rationnaliser les déplacements.
- Participer aux économies d'énergies tant attendues au niveau des émissions de carbone.

La gestion des lits hospitaliers est un point sensible qui a des répercussions sur l'organisation des transports sanitaires et réciproquement. L'absence de lit disponible dans le cas d'une urgence oblige une réorientation du patient vers une autre alternative, dans un autre lieu, dans une autre structure. C'est-à-dire une nécessaire réactivité du transporteur pour satisfaire cette réorientation. Outre le fait que cet imprévu augmente les coûts de transports, il ne répond pas toujours à la meilleure orientation du patient. De même, dans le cas d'une entrée programmée et d'une indisponibilité de lit, des temps d'attente bloquent le transporteur sanitaire.

Il n'abandonne pas le patient et reste à son coté. Le fauteuil roulant, le brancard des véhicules sont aussi affectés à cette attente, ce qui immobilise les véhicules. Les transporteurs sanitaires sont une nouvelle fois pénalisés dans leur propre organisation. Ils sont détournés de leur fonction première. De même, pour les sorties on sait que 65 % des patients partent par leurs propres moyens ce qui rend plus difficile la gestion des lits. Ils restent occupés dans l'attente de la venue du familier. Celui-ci vient, en fonction de ses disponibilités, souvent après son travail. Cela mobilise un lit inutilement et renvoie parfois sa remise en état au lendemain, le service « entretien » ayant fini sa journée. Les 35 % restants utilisent les transports sanitaires avec 80 % en ambulances et 20 % en VSL. Là encore la qualité du respect des horaires passe par une prévision des sorties la plus anticipée possible. Force est de constater que l'appel du transporteur est réalisé tardivement ce qui génère des temps d'attente plus élevés, la libération des lits en est retardée d'autant. Une anticipation fiable reste la meilleure façon de programmer un transport dans le respect des horaires et du patient. Pour créer les conditions d'une telle anticipation il faut améliorer la libération des lits.

La F.N.A.A., la F.N.A.P. et la F.N.T.S. proposent des salons d'accueil aménagés agissant comme sas de régulation des entrées et sorties. L'accès ou la libération des lits pourront se faire de façon programmée. Les salons d'accueil seront là pour faire attendre le patient, à son arrivée, si le lit prévu n'est pas encore disponible. Au départ, le lit pourra être libéré à une heure précise. Le salon d'attente permettra au patient d'attendre son moyen de transport, sans bloquer inutilement un lit. Une attention particulière serait apportée à ces salons pour les rendre conviviaux et agréables. Les documents de sortie du patient devront être mis à la disposition de l'ambulancier dès son arrivée « au pied du lit ». Cela réduirait les temps administratifs que l'ambulancier fait pour le compte du patient. Le transporteur pourrait gagner près de 3/4 d'heure qu'il consacre à ces démarches. Tout ce qui favorise l'anticipation concoure à une meilleure gestion et régulation des transports. Ces gains de ponctualité et de fluidité favorisent des économies en effectuant les transports à des périodes favorables pour la tarification (la pénurie de lits serait sérieusement atténuée. La réduction des temps de transports, dans des horaires parfois majorés, serait réalisable). Les patients qui sortent par leurs propres moyens sont les plus concernés par ces salons d'accueil puisqu'ils génèrent de l'incertitude quant à leurs horaires de transports, donc à la libération des lits.

Entre ponctualité des transporteurs et fiabilité de l'anticipation, les plateformes logistiques peuvent alors travailler sur l'amélioration du covoiturage, notamment lors des transports sanitaires pour les consultations et pour les traitements itératifs. Un début de réponse en termes d'économies budgétaires et écologiques devient concevable. Les effets induits sont nombreux, par exemple : une meilleure ponctualité et fluidité de ces transports réduit le stress des professionnels et celui des patients de façon significative. On connait ses effets néfastes sur la santé. Ils feront l'objet d'observations particulières, si ces propositions sont retenues. En tout état de cause le principe fort du libre choix de l'entreprise de transport sanitaire, par le patient, reste une règle éthique prioritaire.

D'autres exemples pourraient illustrer ces gains de productivité aussi bien pour l'hôpital que pour les transporteurs sanitaires. Les effets sont immédiats en termes de rationalisation, d'économie et de qualité de service pour les patients. On voit bien que ce travail d'amélioration des pratiques doit être partagé par l'ensemble des acteurs impliqués. La réussite de tels objectifs doit se construire dans un réel partenariat engagé et déterminé. Les plateformes logistiques, proposées par nos organisations professionnelles, répondent aux attentes des financeurs, du législateur, des transporteurs sanitaires, de l'écologie, dans un profond respect du patient.

Une meilleure disponibilité des transporteurs sanitaires améliorera les réponses de demandes de déplacements. Les urgences et les sorties hospitalières auront une organisation plus rationnelle grâce à une refonte de la régulation. Pour répondre présent 24h sur 24, les tours de garde seront organisés selon le référentiel commun du 27 Mai 2010.

On pourrait déjà atteindre, à ce niveau, un gain de productivité d'environ 2 à 5 %. Le financeur commencerait à sortir de sa logique de compensation des charges. Les entreprises réduiraient, notamment, le sous fonctionnement de leurs VSL. Du côté de l'hôpital une meilleure rotation et disponibilité des lits améliorerait la qualité du service public.

« La réussite de l'accueil à l'hôpital dépend de sa capacité à anticiper et réguler ses sorties dans un réel partenariat avec les transporteurs sanitaires. »

B - L'amélioration conséquente des transports sanitaires liés aux consultations, et aux traitements itératifs.

1) Les consultations

2) Les soins itératifs

Développement des deux points :

B1) Les consultations :

Quand un prescripteur donne un rendez-vous à un patient, la décision arrêtée est souvent dominée par la proposition du prescripteur. Dans un premier temps on comprend la logique binaire de cette situation. Dans un souci d'amélioration de la qualité de la prise en charge, la F.N.A.A., la F.N.A.P. et la F.N.T.S. posent un regard plus complexe sur cette tâche.

Elle exprime l'idée qu'un rendez-vous induit des paramètres qu'il serait pertinent de prendre en compte pour améliorer l'efficience de la démarche. Tenir compte du lieu d'habitation du patient, des moyens de transport disponibles, de sa situation au regard du travail, de ses contraintes diverses sont autant de critères qui, correctement appréhendés, génèrent des économies de temps, d'argent, sans impacter pour autant la qualité de la consultation. Par exemple, on sait que la circulation en ville est bonne avant 7h30. Elle devient difficile jusqu'à 9h30 pour redevenir fluide après.

Il en est de même pour les heures de pointes le soir. Pourquoi convoquer un patient qui habite loin à 8h30 ou 9h si on sait qu'il va devoir perdre de longs moments dans les embouteillages. S'il décide de partir plus tôt il générera des surcoûts de transport qui peuvent atteindre 75 % du tarif normal, avec un transporteur privé. Il en est de même pour les rendez-vous le soir. Chaque fois que c'est possible, tenir compte de ce facteur géographique couplé avec le facteur temps. Cela permettrait de réduire par deux voire trois les temps de transport. De même on s'aperçoit qu'un patient peut aller trois ou quatre fois par semaine à l'hôpital pour des consultations. Un effort de coordination pourrait réduire ces déplacements, ces attentes, en cherchant des regroupements de rendez-vous. Des économies substantielles seraient ainsi générées. Le Grenelle de l'environnement serait satisfait, et le patient moins enfermé dans la ritualisation des soins et sa chronicisation. L'organisation des transports sanitaires serait améliorée par des gains de temps, de productivité et d'économie d'énergie, etc. Pour ritualiser de tels comportements, nos fédérations proposent qu'une grille succincte de questions, pré-rendez-vous, soit soumise aux prescripteurs pour qu'ils intègrent ces notions de rationalisations et d'économies globales. C'est une façon d'ouvrir la responsabilité des prescripteurs à la nécessaire optimisation des moyens et des coûts dans un contexte de crise budgétaire profonde. C'est aussi une façon de donner du sens à l'anticipation et à la régulation des transports sanitaires. Les plateformes logistiques, proposées par la F.N.A.A., la F.N.A.P. et la F.N.T.S., pourront mettre en place des fonctionnements cohérents à la satisfaction de tous. « L'anticipation permet des enchaînements, favorise le covoiturage et améliore le parcours de soin du patient ».

B2) Les traitements itératifs :

Ce paragraphe est sans doute celui sur lequel la quête de rationalisation, de gains de productivité, prend tout son sens. La plateforme logistique et le covoiturage trouvent leurs légitimités autour des efforts d'anticipation attendus et inspirés par la logique développée sous la rubrique « consultation » ci-dessus.

En effet près de 90 % de la dépense des transports assis sont concentrés autour de ces soins itératifs que sont :

1 - les chimiothérapies,

2 - les radiothérapies,

3 - les dialyses,

4 - les rééducations fonctionnelles.

Le caractère répétitif de ces traitements facilite l'organisation des transports par la connaissance des dates et heures de ces rendez-vous. Ce qui est en jeu, c'est de savoir quelles réponses rationnelles peuvent être apportées pour réduire les coûts et satisfaire les challenges écologiques.

B2-1) Les chimiothérapies :

L'analyse des résultats observée sur les cinq années de fonctionnement des plateformes logistiques montre une optimisation significative grâce au covoiturage. Ce dernier a atteint le taux de 45 à 50 % pour les traitements liés à la chimiothérapie.

C'est une collaboration entre la plateforme logistique et les soignants qui a permis ce résultat. En effet, quand, au niveau de la régulation des transports, on voit que le protocole de soins de M. ou M^me^ X se déroule à tels moments et avec telle périodicité et que M. ou M^me^ Y, voisin(e) de M. ou M^me^ X doit aussi aller dans le même service pour les même motifs, l'intervention de la plateforme logistique regarde, avec les soignants, s'il est possible de convoquer ces deux personnes au même moment pour mettre en œuvre le covoiturage. On se rend compte du bénéfice de tels rapprochements et collaborations. La CNAMTS, soucieuse des dépenses de santé, regarde avec un grand intérêt de tels développements de coopérations. On peut aussi imaginer les effets relationnels et de soutiens que le covoiturage peut induire entre patients. Ils partagent leurs combats et leurs souffrances. Ils trouvent plus de bénéfices que de contraintes quand les raisons du covoiturage sont expliquées et non imposées. Le caractère systématique n'est pas préconisé. Chaque fois que le patient souhaite plus d'intimité ou de distance avec les personnes covoiturées, une solution lui est proposée. Ceci est valable pour le retour de chimiothérapie, quand une séance est plus délicate à supporter. La démarche de nos fédérations se veut profondément humaine et responsable. À cette occasion elles sollicitent le législateur pour que les transports assis professionnalisés se fassent avec les mêmes contraintes et exigences pour l'ensemble des transporteurs privés concernés. L'unification du fonctionnement du transport, dans sa globalité, est une étape essentielle pour mettre les professionnels sur un même pied d'égalité. Ces inégalités de réglementations et de tarifications sont préjudiciables autant pour l'assurance maladie que pour les professionnels, il est urgent, voire obligatoire, d'apporter une réponse à de telles distorsions.

B2-2) Les radiothérapies :

Pour les radiothérapies, on est dans les mêmes logiques que pour les chimiothérapies. Si un service possède plusieurs bombes à neutrons A, B et C, il est pertinent de pouvoir traiter en même temps trois patients qui viennent d'un même secteur géographique afin d'optimiser le covoiturage. La régularité de ces soins et le regroupement des patients dans un même véhicule, permettent l'affectation d'un même chauffeur, ce qui rassure et sécurise les usagers et répond à leurs attentes.

B2-3) Les dialyses :

Parfois un centre de proximité ne peut accueillir les patients faute de place. On constate alors l'orientation des patients vers d'autres structures sans que le coût du transport soit appréhendé, pris en considération. L'augmentation ou le transfert de lits vers des lieux en déficit de places répondrait à la réduction des déplacements sans pour autant modifier les coûts du traitement. Le gain serait triple. Le premier au niveau du confort du patient, le second au niveau des coûts de transports et le troisième sur les économies d'énergies et de réduction de la pollution. L'implication des transports sanitaires dans les parcours de soins justifierait qu'ils soient pris en compte au niveau des SROS.

La pénibilité des traitements et la contrainte des déplacements influent sur le moral des personnes transportées. Elles deviennent insatisfaites et exigeantes. La conséquence d'un tel climat retombe sur le transporteur qui focalise les critiques d'un tel dispositif. Le malade dit « que c'est grâce à lui que le chauffeur a du travail, que c'est lui qui le nourrit par sa maladie et qu'il est une rente pour lui ». On voit que la relation dégradée, générée par ces surcroîts de déplacements, ne milite pas en faveur de la satisfaction du client.

Il faut savoir que la prévision de trois dialyses hebdomadaires, par patient, se transforme en quatre voire cinq déplacements par manque de coordination entre le prescripteur et le centre de dialyse. Dans un premier temps on peut se concentrer sur les transports partagés à l'aller. Les contraintes sont moindres.

Cela concerne quand même 50 % des transports sanitaires. Les retours ne seront pas tous à l'identique des allers. Au fur et à mesure des habitudes, acceptations, compréhensions des patients, il sera possible d'optimiser ces regroupements de personnes pour les retours.

Là encore le bien-fondé des plateformes logistiques, pour harmoniser les déplacements et favoriser le covoiturage, se confirme. Des règles équitables de répartition des transports entre professionnels s'imposent pour accroître leurs gains de productivité. Un comité de vigilance, attaché à chaque plateforme, se réunira régulièrement pour suivre l'évolution des règles établies, entre les transporteurs sanitaires privés. Les A.R.S. superviseront et contrôleront le fonctionnement de ces plateformes.

B2-4) La rééducation fonctionnelle :

Comme pour les précédents traitements itératifs, l'anticipation et la régulation par le biais des plateformes logistiques favoriseront le covoiturage. Nous savons que les séances commencent et se terminent au même moment. Avec une bonne connaissance des adresses des patients, il est facile de concevoir le covoiturage. On arriverait à des pourcentages de 60 à 80% de personnes covoiturés. Actuellement l'établissement assure cette planification en fonction des kinésithérapeutes et des disponibilités en balnéothérapie. Il peut concéder cette planification à la plateforme logistique. Il lui suffit, alors, de donner ses places disponibles le matin et l'après-midi, à charge à la plateforme logistique d'organiser les transports en conséquence.

Le prescripteur, pour ces rééducations, est souvent le chirurgien qui donne 20 voire 30 séances de rééducation. Il joint une prescription de transport pour une position allongée et pour le même nombre de séances. Il nous paraît intéressant de lui demander de n'éditer qu'une prescription de transport pour les cinq premières séances, laissant au service de rééducation le soin de dire si les séances suivantes doivent mobiliser un transport allongé ou assis. Il s'agit de mettre, dès que possible, les moyens de transports appropriés et les plus économiques possibles.

L'ensemble des traitements itératifs est confronté à la programmation de consultations périodiques liées à ces traitements. Trop souvent les consultations sont fixées en dehors des jours de présence du patient pour son traitement, ou à des horaires très distanciés du traitement. Cela veut dire que le patient doit attendre des heures, ou revenir spécialement pour cette consultation. La présence des salons d'attente, permettrait de rendre acceptable la concomitance d'un traitement et d'une consultation. Des allers et venues inutiles seraient évités. Le poids des traitements s'allégeront pour la plus grande satisfaction du patient.

L'anticipation et la régulation sont des facteurs essentiels qui justifient la mise en place de plateformes logistiques départementales ou territoriales. La collaboration avec les prescripteurs, les soignants augmente l'optimisation des moyens déployés dans une logique « gagnant - gagnant » où *:

1 - « chacune des parties prenantes y trouve un intérêt.

2 - les moyens mis en œuvre pour chacun des membres sont équilibrés et proportionnels à leurs possibilités.

3 - aucun des membres ne peut tirer un avantage qui nuirait aux autres. »

On voit bien que cet ensemble de gains possibles passe par une nécessaire coopération entre les soignants et les transporteurs privés. Ce travail d'économies et de qualité de service impacte tous les échelons de la filière soins. Un redéploiement d'une partie des moyens, grâce aux économies réalisées, serait alors envisageable. Voilà une vision optimiste qui devrait mobiliser les acteurs tout en rénovant nos pratiques.
Sur trois établissements (l'un en zone semi-rurale, les autres en zone urbaine) où ces logiques ont été mises en œuvre il a été constaté une économie cumulée annuelle de 134 964 euros et une réduction de 477 852 Kms.
On peut imaginer l'économie sur le plan national en carburant, en temps de circulation, en matériel et en émission de carbone ! Ce constat ne concerne que trois établissements et deux traitements itératifs : les chimiothérapies et la rééducation fonctionnelle !
Les perspectives d'économies globales sont réelles et conséquentes !

**(Guide méthodologique des coopérations territoriales de l'ANAP P 55)*

C - La gestion de l'urgence pré-hospitalière (centre 15)

L'urgence pré-hospitalière, mise en place dès 2003, montre ses limites. Que ce soit du côté de l'assurance maladie, des centres 15 et des transporteurs sanitaires privés, tout le monde est unanime pour pointer des dysfonctionnements et une insatisfaction croissante.

La F.N.A.A., la F.N.A.P. et la F.N.T.S. proposent une remise à plat du dispositif afin de s'orienter vers un nouveau modèle fonctionnel, efficient et économique pour les acteurs engagés. Aujourd'hui, malgré la mise en place d'une garde, force est de constater que les ambulanciers privés sont peu sollicités. De ce fait il y a peu de carences de leur part. Néanmoins dans les bilans de l'urgence pré-hospitalière il est fait mention de carences potentielles des transporteurs privés ?

Il s'agit d'un mécanisme qui dirige quasiment toutes les situations vers les pompiers : lors d'un appel sur le 18, si l'opérateur estime que la situation est non évaluable, il envoie un premier secours pompier. Si, sur place, la situation est considérée comme évaluable, les pompiers redonnent la main au centre 15. Ce dernier retourne l'orientation, comme non évaluable, vers les pompiers pour qu'ils fassent l'intervention. Se construit ainsi le concept de carences potentielles sous couvert du non évaluable. Ces carences potentielles sont virtuelles alors que les carences avérées, des transporteurs privés, représentent la moitié voire le tiers des carences potentielles. Deux enjeux sont derrière ces positionnements : l'un est fondé sur le manque de confiance, l'autre est financier.

Le centre 15 dit qu'il ne sait pas :

1 - quand les ambulances privées partent,

2 - quel véhicule sort,

3 - quelle est la formation de l'équipage,

4 - comment suivre le véhicule en absence de géolocalisation,

5 - etc.

On peut comprendre ce manque de confiance. Ce n'est pas pour autant qu'il faille biaiser le système. Même s'il y a des enjeux économiques derrière cela, nos fédérations font des propositions afin de regagner la confiance des acteurs du dispositif d'urgence pré-hospitalière d'une part, et ramener la dépense des interventions à leur juste prix d'autre part.

À titre indicatif, quand les pompiers interviennent sur une carence des transports privés cela coûte 105 euros, alors que les sorties blanches sont rémunérées, en moyenne, à hauteur de 65 euros.

Les plateformes logistiques proposées dans les précédents paragraphes sont en mesure de gérer les urgences pré-hospitalières. Les objections préalablement soulevées seraient éteintes dans le cadre d'un cahier des charges qui serait établi, entre transporteurs sanitaires et validé par les centres 15 et l'assurance maladie. Ce cahier des charges prendrait en compte tous les points déjà énoncés dans les travaux sur les référentiels et les textes récents. Il serait demandé aux entreprises de transports sanitaires de s'engager sur une coordination de leurs missions d'urgence via les plateformes logistiques. D'avoir un véhicule, tel que défini par la réglementation, en matériels et en équipements. Les véhicules d'intervention devront avoir un dispositif de géolocalisation connectable à la plateforme logistique de rattachement.

Nos organisations professionnelles proposent de gérer les urgences pré-hospitalières, à partir de l'enveloppe globale dédiée, de l'assurance maladie. Aujourd'hui elle se compose d'indemnités de garde de nuit, de 346 euros pour 12h et par entreprise de garde. Lors d'une intervention, pendant la garde, le transport est facturé à 40% de son coût normal. La journée le transport est facturée à 100%, sans indemnité de garde.

À ces interventions il faut inclure la prise en charge des renforts médicaux à hauteur de 3% de l'enveloppe globale, financée par les hôpitaux, sièges des SAMU, ainsi que le financement des carences aux sapeurs-pompiers et pompiers.

Comment, à partir d'une enveloppe globale, l'optimisation est-elle possible ?

Par exemple, dans un département où il y a 12 secteurs de garde, a-t-on besoin de ces 12 secteurs de jour comme de nuit ? L'indemnité de garde de 346 euros pour 12h pourrait passer à une indemnité de garde, à définir, par tranche de 8h. En contrepartie, toutes les interventions commandées, au titre de la garde, recevraient une rémunération complémentaire, à l'acte, selon une tarification à expérimenter conjoncturellement. L'efficacité de la coordination, grâce aux plate-formes logistiques, au cahier des charges et à la gestion des carences, permettrait, à l'enveloppe globale, d'optimiser les coûts.

Pour que cela fonctionne et réponde aux interrogations précédentes, dans le cadre d'une enveloppe globale, nos organisations professionnelles proposent :

- d'optimiser les secteurs de garde,
- d'optimiser la tarification.

Optimiser les secteurs de garde :

Au lieu de ne prendre que le critère géographique par rapport au territoire, il est proposé de retenir, en priorité, celui de l'activité sur ce territoire.

Exemple : sur une ville où il y a deux secteurs retenus pour la journée comme pour la nuit. On pourrait n'en faire qu'un la nuit.

De même sur une ville où il y a quatre secteurs, on pourrait, la nuit profonde n'en faire que deux, etc.

Optimiser la tarification :

L'optimisation porte essentiellement sur le différentiel qu'il y a entre le prix de l'intervention pompiers et celui des transporteurs privés. Ce différentiel est de 40 euros, hors intervention médicale. La clé de la réussite passe par la case « plate-forme logistique ». Ces plateformes financées par les transporteurs sanitaires ont la mission supplémentaire d'avérer les carences, éliminant de la sorte les deux niveaux de carences, les potentielles et les avérées. L'objectif est d'obtenir un maximum de 5 % de carences par rapport au nombre total de missions. L'enveloppe globale annuelle, serait liée à un nombre de missions prévisionnelles. Elle serait actualisée chaque année. On a pu observer que ces missions augmentent d'environ 4 à 5 % par an.

La réussite de ces propositions passe par la qualité de la coordination des transports sanitaires et par l'engagement des entreprises autour d'un cahier des charges exigeant et équitable. On reste sur un tour de garde volontaire. Ce n'est qu'en cas de manque de couverture dans le planning, qu'il faudra faire intervenir les réquisitions, ce qui serait une situation extrême. Le tour de garde se prépare en fin d'année N pour l'année N+1. L'anticipation permet ainsi de parer aux imprévus.

Un tel projet reste lié à la présence d'une coordination centralisée. L'exigence de ces interventions fixe un délai pour arriver sur les lieux. La modulation des secteurs de jour ou de nuit tiendrait compte des distances qui peuvent être plus grandes la nuit du fait d'une circulation très réduite et plus longues en temps, le jour du fait du trafic. On n'est pas dans l'urgence vitale. Nous rappelons que plusieurs échelons sont à la disposition du médecin régulateur, en fonction de la gravité de la situation : 1 - conseil médical, 2 - envoi d'un médecin libéral, 3 - intervention du transporteur sanitaire privé, 4 - intervention du SMUR.

Il appartiendra aux ARS d'assurer le contrôle d'un tel dispositif et d'en faire son évaluation.

D - L'amélioration des formalités administratives avec la mise en œuvre du PEC+, la dématérialisation des annexes et factures ainsi que la dématérialisation des prescriptions.

La simplification des démarches administratives doit garder une certaine souplesse adaptative, dans cette période d'installation. Si ce point est en voie de résolution, nos fédérations restent attentives pour soutenir les entreprises vers cette nouvelle normalisation. Il s'agit de vérifier que les intentions ne produisent pas d'effets pervers. Par exemple, la notion d'intangibilité reconnue par le ministère et renforcée par une lettre réseau de l'assurance maladie, doit rester la règle en termes de responsabilité du prescripteur. La responsabilité du transporteur privé ne peut pas être évoquée pour rejeter une prise en charge de transport sanitaire, à postériori. Tant que les informations ne sont pas accessibles en amont d'un transport, la règle d'intangibilité devra être respectée.

Cela concerne :

- La facture,
- L'annexe de la facture,
- Le droit des usagers (PEC+),
- La prescription médicale en ligne.

Sur ces points, le gain de productivité est évalué à environ 1,5 %, sur le poste facturation. Ce dispositif améliore la rapidité des règlements, réduit le nombre de rejets de factures, améliore la gestion des entreprises par des économies de temps administratifs.

Nos organisations professionnelles proposent d'ajouter, au-delà de l'avenant N° 6 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, la création d'un guichet unique afin d'acheminer, vers un seul destinataire, l'ensemble des documents attendus. Cette suggestion sera présentée à la prochaine commission « simplification administrative » comme prévu dans l'article 3 de cet avenant. Ce thème est, par ailleurs, largement développé dans l'Avenant N° 6, dans les travaux de la commission « simplification administrative », dans les documents de sensibilisation de l'assurance maladie, etc.

E - Poser des critères et exigences «qualité» pour suivre et évaluer la démarche à moyen et long terme (Nos propositions seront de qualité si les objectifs sont atteints de façon satisfaisante voire très satisfaisante).

La F.N.A.A., la F.N.A.P. et la F.N.T.S. posent le principe de l'évaluation des pratiques et de la qualité du service selon une modélisation à construire. Sans être du contrôle, de l'audit ou de la certification, la démarche devra rester accessible aux entreprises et à leurs partenaires. Le secteur médico-social, avec son évaluation interne, tous les cinq ans, indique une voie intéressante. La démarche reste à l'initiative des entreprises. La construction du référentiel d'évaluation est ouverte. C'est aux professionnels du transport sanitaire et aux partenaires associés de faire des propositions afin d'arrêter les domaines incontournables qui devraient être abordés. C'est avec une vision globale et interactive que ce chantier devrait être mené.

Ainsi nos fédérations montrent leur détermination pour positionner le transport sanitaire dans une démarche globale de qualité, partenariale où le patient conserve sa responsabilité, liberté, dignité et citoyenneté.

CONCLUSION

L'ensemble des observations et propositions que l'on retrouve, au fil de ce document, inscrit la F.N.A.A., la F.N.A.P. et la F.N.T.S. dans une réelle volonté de collaboration, de partenariat et de mutualisation. Le caractère pragmatique des orientations avancées donne, à cet écrit, une dimension réaliste qui invite l'ensemble des partenaires de la filière soins à s'engager sur la voie de l'optimisation et de la rationalisation des organisations. Les leaders désignés, pour cette quête de gains de productivité, sont les ARS. Souhaitons que nos propositions et résultats probants déclenchent l'engouement attendu afin de créer une réelle culture de l'anticipation. Que les transports inter-hospitaliers, les consultations et transports partagés pour des traitements itératifs, permettent une efficience des moyens et le respect des patients dans un souci d'économie globale. Cette même efficience retrouvée dans le secteur de l'urgence pré-hospitalière et des gains de productivité mis en œuvre sur le plan administratif, nous avons là des objectifs qui répondent à l'amélioration conséquente du transport sanitaire et, de façon systémique, de la filière soins.

Ce document est une contribution qui s'inscrit comme un élément déclenchant pour le changement. Il fait appel à l'ensemble des acteurs de la filière soins et à leur volonté d'aboutir de façon concomitante.

M. Jean-Claude MAKSYMIUK
FEDERATION NATIONALE
DES ARTISANS AMBULANCIERS
(FNAA)
15, Rue Guynemer
93420 VILLEPINTE
Tél.: 01 48 60 38 37
Email : mjc@wanadoo.fr

M. Bernard PELLETIER
FEDERATION NATIONALE
DES AMBULANCIERS PRIVES
(FNAP)
2, Rue du Capitaine Maignan
BP 30904 - 35009 RENNES Cedex
Tél.: 02 23 40 17 17
Email : secretariat@fnap.fr

M. Thierry SCHIFANO
FEDERATION NATIONALE
DES TRANSPORTEURS SANITAIRES
(FNTS)
19, Allée du Moura
64200 BIARRITZ
Tél.: 05 59 23 29 00
Email : secretariat@fnts.org

Fédération Nationale
des Artisans Ambulanciers

15 rue Guynemer
93420 VILLEPINTE

Tél. : 01 48 60 38 37

Fédération Nationale
des Ambulanciers Privés

2 rue du Capitaine Maignan
BP 30904 - 35009 RENNES cedex

Tél : 02 23 40 17 17

Fédération Nationale
des Transports Sanitaires

19 allée du Moura
64200 BIARRITZ

Tél. : 05 59 23 29 00