

CONSTRUISONS ENSEMBLE L'AVENIR DE LA PROFESSION D'AMBULANCIER



Négociations Conventionnelles - Février 2023

CONTACT

**Fédération nationale
des ambulanciers privés**

www.fnap.fr*

Tél. : 01 80 91 88 10

E-mail : secretaire@fnap.fr

Adresse : 6 bd de Sébastopol - 75004 PARIS



TABLE DES MATIERES

SYNTHESE.....	3
RAPPORT STRATEGIQUE.....	5
1. UN SECTEUR AU BORD DE LA RUPTURE	5
1.1. UNE CROISSANCE DES DEPENSES TIREE ESSENTIELLEMENT PAR LE TAP	5
1.1.1. <i>Une part stabilisée des dépenses de TS dans la consommation globale des soins.....</i>	<i>5</i>
1.1.2. <i>Une croissance des dépenses portée par les volumes</i>	<i>6</i>
1.1.3. <i>Une croissance des dépenses dont les trois-quarts sont portés par les taxis</i>	<i>7</i>
1.2. UN CHOC INFLATIONNISTE QUI MENACE LA VIABILITE FINANCIERE DES OPERATEURS.....	9
1.2.1. <i>Une baisse de la rentabilité qui pèse sur la solidité financière des sociétés de TS</i>	<i>9</i>
1.2.2. <i>La nouvelle donne de l'inflation pour les tarifs.....</i>	<i>11</i>
1.2.3. <i>Une hausse historique des charges opérationnelles.....</i>	<i>11</i>
1.3. UN MODELE ECONOMIQUE CADUC ET NON VERTUEUX.....	12
1.3.1. <i>Une forte dépendance des transports sanitaires à l'Assurance maladie</i>	<i>12</i>
1.3.2. <i>Un article 80 générant des effets de bord et une part de vérité économique</i>	<i>13</i>
1.4. DES DIFFICULTES A REpondre AUX BESOINS DU TUPH, CŒUR DE METIER DE LA PROFESSION	15
1.4.1. <i>Le socle de la profession</i>	<i>15</i>
1.4.2. <i>Une hausse du TUPH en 2022 à interpréter avec précaution.....</i>	<i>16</i>
1.4.3. <i>Le TUPH : Un mieux économique grâce à l'avenant 10 mais des failles à corriger</i>	<i>17</i>
1.4.4. <i>La question des Associations départementales de transports sanitaires urgents (ATSU).....</i>	<i>18</i>
1.5. DES TRANSPORTS SANITAIRES PROGRAMMES A RESTRUCTURER	19
1.5.1. <i>Le levier prioritaire des transports partagés</i>	<i>21</i>
1.5.2. <i>La hausse des carences ambulancières</i>	<i>22</i>
1.6. UNE PROFESSION EN SOUFFRANCE	23
1.7. LE DEFI ECOLOGIQUE DE LA PROFESSION RESTE A RELEVER	24
2. UN CHANGEMENT DE PARADIGME A METTRE EN PLACE	25
2.1. RENFORCER LE SOCLE DU TUPH ECONOMIQUEMENT ET PROFESSIONNELLEMENT	25
2.1.1. <i>Un nouveau modèle en phase avec la réalité économique</i>	<i>26</i>
2.1.2. <i>Repenser le financement des gardes ambulancières</i>	<i>27</i>
2.1.3. <i>Les sorties blanches ou l'ambulancier technicien du soin</i>	<i>29</i>
2.1.4. <i>Engagements des opérateurs et bénéfices pour la collectivité</i>	<i>29</i>
2.2. RETABLIR L'EQUITE ET ELARGIR LE MARCHE DANS LES TRANSPORTS PROGRAMMES ENTRE LES ACTEURS	30
2.2.1. <i>A prestation identique, rémunération identique pour les TAP</i>	<i>31</i>
2.2.2. <i>Pour un modèle connecté aux réalités humaines et économiques.....</i>	<i>32</i>
2.2.3. <i>devenir des prestataires de services intégrés facilitateurs de l'accès aux soins.....</i>	<i>33</i>
2.2.4. <i>Engagements des opérateurs et bénéfices pour la collectivité</i>	<i>33</i>
2.3. POUR UNE REFORME GLOBALE DES TRANSPORTS SANITAIRES PARTAGES	34
2.3.1. <i>Rien ne bougera sans une incitation forte pour les usagers.....</i>	<i>34</i>
2.3.2. <i>Être disruptif pour changer la donne logistique</i>	<i>35</i>
2.3.3. <i>Seule l'approche globale de la profession fonctionnera.....</i>	<i>35</i>
2.4. POUR UN TRANSPORT SANITAIRE ETHIQUE, SOBRE ET AU CŒUR DE LA TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE.....	36
3. BIBLIOGRAPHIE.....	37



SYNTHESE

Les dépenses des transports sanitaires (TS) ont connu un rythme de croissance divisé par 3 en 20 ans, pour se stabiliser depuis 2017 à 2,5% de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). La hausse des dépenses est tirée par les volumes, et non les prix, comme pour la plupart des secteurs du soin en France. Ainsi, cette croissance de l'activité se caractérise par une forte charge de travail sur les opérateurs et leurs équipes, pour un travail mal rémunéré et peu gratifiant professionnellement. Cette situation conduit inévitablement à une chute de l'attractivité du métier et à un turnover croissant.

L'autre tendance lourde de la croissance des dépenses est sa provenance pour les trois-quarts depuis 5 ans de l'activité des taxis et non de celle des opérateurs historiques du TS. La part du marché des taxis est passée de 65% à 74% du TAP depuis 2011. La part de l'ambulance n'est plus que de 36% du TS en 2021. Ainsi en France, près du deux-tiers de l'activité des TS n'est plus du transport couché, cœur de métier et d'expertise des ambulanciers.

Le choc inflationniste apparu fin 2021 menace la viabilité financière des sociétés du TS qui sont entrées financièrement fragiles dans la crise Covid. Le taux de résultat net a baissé de 2 points à 2,5% du CA de 2017 à 2019. Cette baisse de la rentabilité s'est accompagnée d'une dégradation de la structure financière des sociétés avec un endettement qui a progressé de 4 points à 30% des financements en 2019.

Le choc inflationniste change la donne. D'abord, il engendre une forte dépréciation financière des tarifs qui sont fixes et administrés. Entre 2022 et 2026, le taux d'inflation est prévu à 17,1%, soit une moyenne annuelle de 3,4% par an contre une moyenne annuelle de 1,2% les cinq années précédentes. En euros constants, le forfait TUPH à 150€ de 2022 vaudra 123€ en 2028.

Ensuite, il génère une forte hausse des charges opérationnelles des sociétés de TS, évaluées à 80M€ en 2022 et 327M€ en 2023. Cette hausse a probablement conduit à supprimer tout profit en 2022 et devrait mettre en perte le secteur autour d'une moyenne de -7% du CA en 2023. Il n'a pu être compensé à ce jour par un ajustement des tarifs, ce qui met sous une énorme pression les opérateurs.

Le secteur du TS a un taux moyen de remboursement par l'assurance maladie de 94,5%, le plus élevé de tous les secteurs du soin. Ceci induit une forte dépendance au financeur et une forme de désresponsabilisation des usagers dans l'usage du TS. Les complémentaires santé sont très peu sollicitées avec une dépense de 170M€, soit 3% des dépenses, équivalente à celle des ménages.

L'article 80 a eu des conséquences contrastées avec des pressions à la baisse des tarifs dans le cas de remises visant à capter des parts de marché et des hausses de tarifs VSL dans certains cas. Il s'est installé sur ce segment de marché une forme de liberté tarifaire qui révèle dans certains cas la vérité économique du niveau des tarifs incitatifs pour mobiliser les capacités existantes.

Au global, le modèle économique du TS ne reflète plus les réalités de l'activité des professionnels du TS et est devenu un contre-modèle sur le plan de l'efficacité. Le calcul théorique des coûts repose sur des pratiques anciennes dans l'estimation du facteur temps des tâches et dans la non-prise en compte de l'usage d'équipements et de consommables de plus en plus nombreux, fréquents et coûteux (normes de sécurité, innovations technologiques).

Il incite au mode de transport le plus coûteux pour l'assurance maladie, sans bénéfice justifié pour le patient et est trop peu incitatif sur le levier prioritaire du transport partagé. Il est d'une complexité coûteuse administrativement et peu lisible pour les acteurs, ce qui peut aussi favoriser la fraude.

Les ambulanciers sont des professionnels de santé mal reconnus, quasi-smicards, qui participent à sauver des vies au quotidien et constituent un maillon essentiel à l'accès aux soins. Cette équation paradoxale est à résoudre pour sortir la profession d'un réel mal-être et d'un sentiment de déclassement dans le système de santé. Le défi écologique de la profession reste à relever.



Même si le TUPH ne représente que 20% de l'activité ambulance et 8% de l'ensemble des dépenses TS, il constitue le socle de la profession et un déterminant majeur de son avenir. La solidité de ce socle dépendra de son modèle économique qu'il faut reconnecter avec la réalité du métier. L'instauration d'un forfait honoraire qui valorise à son juste niveau le temps et l'expertise et d'un forfait technique qui intègre la juste consommation d'équipements indispensables est une solution.

Le financement des gardes ambulancières doit reconnaître explicitement la pénibilité du travail de nuit. Une rémunération plus favorable aux sorties qu'à l'immobilisation est à instaurer, tout en considérant la spécificité des zones rurales. Une simplification administrative et l'usage des technologies innovantes est nécessaire pour simplifier la facturation, accélérer le paiement et limiter les effets d'aubaine.

L'ambulancier joue aussi un rôle de technicien du soin, dont le rôle est renforcé par le développement de la télémédecine. Ce rôle est à valoriser dans le forfait honoraire pour les transports d'ambulance en général et pour les sorties blanches en particulier. Une franchise à la charge des patients pourrait être instaurée pour ces dernières.

A prestation identique rémunération identique. Le modèle économique des transports programmés doit, enfin, rétablir l'équité entre les VSL et les taxis par une harmonisation des principes tarifaires. Cela passe entre autres par la prise en compte du temps d'attente sur les lieux de soins et le doublement du tarif kilométrique en cas de retour à vide pour les VSL.

Il doit être en phase avec les réalités humaines et économiques du métier, comme indiqué pour le TUPH. Cela passe aussi par une tarification dédiée à la prise en charge des patients bariatriques et du médico-social, prenant en compte un temps plus long et l'usage d'équipements spécifiques.

Face aux difficultés d'accès aux soins et au cloisonnement de notre système de santé, le professionnel du transport sanitaire peut apporter des solutions intégrées de services pour constituer le liant humain essentiel entre les secteurs, pour faciliter l'accès et les parcours de soins dans le système. Le nouveau modèle devrait permettre aux ambulanciers de proposer de tels services.

Si le transport partagé est le poste au plus haut potentiel d'économies pour l'Assurance maladie, il reste un vœu pieux à ce stade. Rien ne bougera si les patients ne sont pas impliqués dans le modèle. Il est impératif de changer les mentalités afin de faire du transport partagé la norme et du transport individuel l'exception pour tous les cas où ce mode de transport est possible. Une franchise de quelques euros serait imposée aux patients qui préfèrent le transport individuel alors qu'un transport partagé lui est accessible. La limite des 10km entre deux patients serait supprimée.

Pour faire décoller le transport partagé, un nouveau modèle logistique est à proposer pour être en capacité d'inciter des acteurs à se spécialiser dans ce segment de marché, avec des véhicules dédiés. En supprimant la limite des 3 passagers et en concevant un modèle économique incitatif pour maximiser le nombre de passagers tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de confort, de nouveaux modes de transports collectifs émergeront rapidement disposant d'une bonne rentabilité tout en étant source de gains élevés pour l'Assurance maladie.

La transition écologique est une opportunité pour renouveler progressivement l'essentiel de la flotte des véhicules VSL pour du moins polluant. Une partie de cette nouvelle flotte se concentrera alors sur le transport partagé extensif. Ce segment sera difficile d'accès pour les taxis et donc une possibilité de reprendre le contrôle sur le TAP pour les professionnels du TS.

Enfin, les mesures destinées à assurer les bonnes pratiques et la transparence de l'activité des opérateurs de TS sont à rendre obligatoires pour tous, pour défendre un TS éthique. Le renforcement de l'éthique et une répression sans concession des pratiques frauduleuses et déloyales s'imposent. Un plan global de décarbonation du secteur serait à proposer pour un TS sobre. Ce nouveau modèle conduira au renforcement de la place de l'ambulancier dans notre système de santé.



RAPPORT STRATEGIQUE

1. UN SECTEUR AU BORD DE LA RUPTURE

1.1. UNE CROISSANCE DES DEPENSES TIREE ESSENTIELLEMENT PAR LE TAP

Tous les rapports écrits depuis 10 ans convergent vers le constat d'une croissance des dépenses des transports sanitaires de l'assurance maladie non contrôlée et de l'urgence d'une maîtrise plus efficace des dépenses. Pourtant, une analyse plus fine de ces dépenses montre que leur rythme a été divisé par 3 en deux décennies (de 12% à 3,5%) et que l'essentiel de la croissance est tiré par des acteurs extérieurs à la profession.

La trajectoire des dépenses de transports sanitaires a connu une décroissance soutenue dans la décennie 2000 qui s'est poursuivie dans la décennie suivante.

Tableau 1 : Évolution des dépenses des transports sanitaires depuis 2003

	2003	2006	2010	2015	2021
Dépenses transports sanitaires	2300	3114	3793	4 606	5580
Croissance par période		35%	22%	21%	21,1%
TCAM		11,8%	5,5%	4,3%	3,5%

Source: Drees - Calculs Fbizard

Les déterminants de la hausse des dépenses sont régulièrement rappelés dans tous les rapports, même si aucune étude ne les a sérieusement quantifiés.

Ils sont issus de la demande avec le vieillissement de la population et la forte augmentation des pathologies chroniques, mais aussi de l'offre du système de soins avec une concentration des plateaux techniques et un virage ambulatoire des soins. La forte mutualisation du financement a contribué à solvabiliser la demande et à nourrir sa croissance.

La difficile régulation des prescripteurs et une responsabilisation quasi nulle des usagers sur la dépense participent à ce sentiment d'absence de contrôle des dépenses. Si ce sentiment n'est plus aussi vrai qu'avant, il continue à nuire à l'image de la profession. En cela, il doit être changé.

1.1.1. UNE PART STABILISEE DES DEPENSES DE TS DANS LA CONSOMMATION GLOBALE DES SOINS

Cette croissance est à comparer à l'aune de celle de l'ensemble des dépenses de soins, contenus dans la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Là aussi, on observe un changement assez net entre le début de la décennie 2010 et la fin.

Sur les trois dernières années avant-Covid (2017-2019), on a une stabilisation des dépenses à 2,5% de la CSBM. En comparant l'écart du niveau de croissance des dépenses entre la CSBM et les transports sanitaires, on voit que l'écart ne cesse de diminuer pour arriver à un niveau de 1,2 point en moyenne sur cette période contre près de 6 au début de la décennie 2010.

Cet écart a même été presque nul en 2018 et négatif en 2019. Hors période de crise sanitaire, la tendance lourde est bien à une croissance modérée et comparable à celle de la CSBM, malgré des déterminants de la croissance qui demeurent dynamiques.



1.1.2. UNE CROISSANCE DES DEPENSES PORTEE PAR LES VOLUMES

La croissance des dépenses de transports sanitaires des dernières années a été essentiellement tirée par les volumes et non les prix. Plus de 70% de la hausse est due aux volumes. Si toute hausse d'activité économique est favorable à un secteur, une hausse essentiellement tirée par le volume dans une activité de soins se traduit irrémédiablement par une pression plus forte sur les ressources humaines, sachant que les gains de productivité sont limités.

Les transports sanitaires n'échappent pas à une situation fréquente dans le secteur des soins caractérisée par une charge très élevée de travail, qui a tendance à augmenter, mal rémunérée et peu gratifiante professionnellement. Cette situation conduit inévitablement à une baisse d'attractivité des professions et à un turnover croissant.

Tableau 2 : Consommation des transports sanitaires depuis 2011, en volume et en prix.

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TCAM* en % 2016-2021
Ensemble	3 845	4 791	4 986	5 099	5 059	4 741	5 580	
Transports sanitaires	3 686	4 634	4 827	4 942	4 905	4 455	5 421	
Contrat	159	157	160	157	154	157	156	
DIPA1						129	3	
Évolution (en %)	2,7	4	4,1	2,3	-0,8	-6,3	17,7	3,5
Prix (en %)	0,7	0,1	0,2	0,7	1,3	3,4	0,3	1
Volume (en %)	2	3,9	3,8	1,5	-2,1	-9,4	17,3	2,5

1 Dispositif d'indemnisation à la perte d'activité.

*TCAM: Taux de croissance moyen annuel

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.





1.1.3. UNE CROISSANCE DES DEPENSES DONT LES TROIS-QUARTS SONT PORTES PAR LES TAXIS

La croissance des dépenses générée par les taxis a été globalement 3 fois plus forte que celle des transports sanitaires gérés par les professionnels du secteur depuis 10 ans. Depuis 2011, la croissance des dépenses des taxis a augmenté de 87% contre 30% pour les transports sanitaires.

Tableau 3 : Répartition des dépenses de transports sanitaires depuis 2011

En millions d'euros, en %												
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Moy 10 ans
Ambulance	1496	1565	1648	1682	1742	1797	1842	1844	1752	1689	2004	34%
VSL	703	714	742	752	796	805	826	827	825	685	849	21%
Transports sanitaires	2199	2279	2390	2434	2538	2603	2668	2671	2577	2374	2854	30%
Taxi	1298	1423	1525	1614	1712	1840	1975	2099	2157	1953	2421	87%
TAP	2001	2137	2267	2366	2508	2646	2801	2925	2982	2638	3270	63%
Autres véhicules	189	205	210	202	197	191	184	173	171	128	147	-23%
Contrats et indemnités	159	164	163	160	159	157	160	157	154	157	156	-2%
DIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	129	3	
TOTAL	3845	4072	4287	4410	4606	4791	4986	5099	5059	4741	5580	45%

Source > DREES, comptes de la santé - Données SNDS- Calculs FBizard

Ainsi, la contribution des différents segments du secteur à la croissance globale est structurellement déformée au profit des taxis qui représentent les trois-quarts de cette croissance depuis 2016. Cette situation est perdant-perdant pour l'ensemble du secteur hors taxis et pour la collectivité en général.

Tableau 4 : Contribution à la croissance des dépenses remboursées depuis 2016

	Evol 5 ans	Evol/an	Contribution	
			€	%
Ambulance	11,7%	2,3%	187	26%
VSL	3,7%	0,7%	30	4%
Transports sanitaires	9,0%	1,8%	217	31%
Taxi	30,1%	6,0%	522	74%
TAP	21,6%	4,3%	552	78%
Autres véhicules	-22,1%	-4,4%	-30	-4%
TOTAL	16,6%	3,3%	709	100%

Source > DREES, comptes de la santé - Données SNDS- Calculs Fbizard

La montée en puissance des taxis dans le transport assis professionnalisé (dit TAP) depuis 10 ans est spectaculaire et constante. Depuis 2011, les taxis gagnent presque un point par an de parts de marché pour passer de 65% à 74% de parts de marché dans le TAP. Cela conduit les taxis à représenter 43% de l'ensemble de la dépense des transports sanitaires.

Cette évolution se fait principalement aux dépens des VSL dont le poids n'est plus que de 15% sur l'ensemble (et 26% dans le TAP). La part de l'ambulance ne représente plus que 36% des dépenses de TS en 2021 en France.

Ainsi en 2021 en France, près du deux-tiers de l'activité des transports sanitaires n'est plus du transport couché, cœur de métier et d'expertise des ambulanciers.

Cette captation d'une part significative de l'activité par un acteur externe affaiblit le marché de base des acteurs traditionnels qui représentent le savoir-faire historique du secteur, l'ADN du modèle français. C'est l'assise principale du savoir-faire du transport sanitaire qui est fragilisée par ce phénomène.



L'intrusion des taxis dans l'environnement fausse la régulation économique car ces derniers sont soumis à une réglementation moins stricte et à un modèle économique plus généreux.

Le taxi dans le transport sanitaire, c'est du low-cost pour l'utilisateur, au prix fort pour la collectivité.

Nous sommes là au cœur de la perte de valeur globale du transport sanitaire qui rejait négativement sur les acteurs historiques et non sur les taxis, dont le poids politique est surévalué. Ce sont les acteurs qui produisent le moins de valeur au coût le plus élevé qui sortent gagnant de l'évolution économique du secteur. Cette aberration doit disparaître dans le nouveau modèle.

Sans dénier la qualité professionnelle des taxis, il est indéniable que ces professionnels du transport de passagers font majoritairement dans le domaine sanitaire du transport de personnes assez autonomes dont l'usage de transports sanitaires est moins indispensable que pour le cœur de clientèle des acteurs historiques.

Ceci répond à une certaine logique puisque, en tant que non professionnel du transport sanitaire, les conditions de sécurité pour les patients et leurs capacités à gérer des situations complexes sont limitées.

Si rien ne change, dans l'hypothèse où les taux de croissance moyens des dernières années sont considérés comme constants dans la prochaine décennie, le transport par taxi deviendra majoritaire dès 2031 dans l'ensemble des dépenses de transports sanitaires. Est-ce bien raisonnable !

Tableau 5 : Projection à 10 ans et 15 ans des parts de marché des différents modes de transports

	2011	2021	Moy 10 ans	2031	2035
Ambulance	1 496	2 004	34%	2 800	3 201
VSL	703	849	21%	1 045	1 136
Transports sanitaires	2 199	2 854	30%	3 845	4 337
Taxi	1 298	2 421	87%	3 993	5 575
TAP	2 001	3 270	63%	5 039	6 711
TOTAL	3 845	5 580	45%	7 989	10 062
Part des taxis dans TAP	65%	74%		79%	83%
Part des taxis dans total	34%	43%		50%	55%
Part des VSL dans le TAP	35%	26%		21%	17%
Part des VSL dans le total	18%	15%		13%	11%

* Hypothèse de constance des taux de croissance annuel depuis 2011 sur les 15 prochaines années

Source > DREES, comptes de la santé - Données SNDS- Calculs Fbizard



1.2. UN CHOC INFLATIONNISTE QUI MENACE LA VIABILITE FINANCIERE DES OPERATEURS

La rentabilité des sociétés de transports sanitaires avait commencé à se détériorer dans la période pré-covid. Même si les performances dépendent en partie de la taille des sociétés, on observe une baisse sur tous les segments du secteur.

1.2.1. UNE BAISSSE DE LA RENTABILITE QUI PESE SUR LA SOLIDITE FINANCIERE DES SOCIETES DE TS

La baisse du taux d'EBE est la plus forte chez les sociétés de 20 à 50 salariés (-2,2 points) et la moins marquée chez celles de 10 à 20 salariés (-1 point). Chez ces dernières, le taux est passé de 12,6% à 11,5%.

Graph 1 : Taux de EBE en fonction de la taille des sociétés de TS



Source : Observatoire du transport sanitaire 2020- KPMG-Septembre 2020

On retrouve la baisse de rentabilité dans des proportions et avec une distribution comparable au niveau du taux de résultat net. Avec une baisse moyenne du marché de 1,9 point de ce taux, ce sont là aussi les sociétés de 20 à 50 salariés qui subissent la plus forte baisse à -2,3 points.

Tableau 6 : Taux de RN en fonction de la taille des sociétés de TS

Taux de résultat net	2017	2018	2019
≤ 10 salariés	4,58%	3,57%	2,55%
Entre 10 et 20 salariés	4,22%	4,44%	3,05%
Entre 20 et 50 salariés	4,87%	2,61%	2,23%
> 50 salariés	4,71%	3,86%	2,48%
Total Panel	4,55%	3,67%	2,62%

Source : Observatoire du transport sanitaire 2020- KPMG-Septembre 2020

A partir de ces deux critères de performance financière, on observe que les sociétés de 10 à 20 salariés sont les plus rentables.

Le poids relatif des charges au sein du compte de résultats a relativement peu varié pendant ces trois années, à l'exception de la part des charges du véhicule qui augmente de 0,7 point de chiffre d'affaires. Les salaires représentent 70% des charges et les charges des véhicules 15%.

Cette baisse de rentabilité s'est traduite par une dégradation de la solidité financière des sociétés. C'est le cas au niveau de la trésorerie qui s'est tendue avec un besoin en fonds de roulement de 10,3% des capitaux investis contre 7,1% deux ans plus tôt.

La part de la dette dans les financements a augmenté de 4 points sur les 3 ans pour atteindre plus de 30% en 2019. Cette dette représentait 43,3% des fonds propres des sociétés en 2019.

Tableau 7 : Évolution de l'endettement de 2017 à 2019



Total des financements	2017	2018	2019
Fonds propres	73,57%	70,99%	69,78%
Dettes financières nettes	26,43%	29,01%	30,22%
Total des financements	100%	100%	100%

Source : Observatoire du transport sanitaire 2020- KPMG-Septembre 2020

Cette fragilisation de la structure financière a conduit à une chute brutale de la rentabilité économique des sociétés de TS de 5 points en 3 ans, à 7% en 2019. Cette dernière est le fruit de la profitabilité et de l'intensité capitalistique du secteur. Les sociétés de 10 à 20 salariés restent les plus rentables économiquement avec 9,6%, malgré aussi une baisse de 2,6 points en 3 ans. Enfin, pour 1€ investi, les sociétés dégagent 1,81€ de CA en 2019 contre 1,97€ en 2017, soit une baisse de 9%.

Tableau 8 : Évolution de la rentabilité économique de 2017 à 2019

Rentabilité économique (crédit bail retraité)	2017	2018	2019
≤ 10 salariés	11,64%	8,47%	6,44%
Entre 10 et 20 salariés	12,18%	11,74%	9,61%
Entre 20 et 50 salariés	13,81%	9,42%	6,35%
> 50 salariés	10,11%	8,61%	4,95%
Total échantillon	11,98%	9,65%	7,03%

Source : Observatoire du transport sanitaire 2020- KPMG-Septembre 2020

Tous ces résultats montrent que les sociétés de TS sont entrées dans la crise sanitaire dans une situation financière fragile, aussi bien concernant la rentabilité de leur activité que pour leur structure financière. Si on ne dispose pas de données sur 2022, tout laisse à penser que cette situation s'est encore aggravée pour deux raisons.

D'abord, malgré les aides financières de l'État pour tenir pendant la crise sanitaire, certaines sociétés ont dû puiser dans leur trésorerie pour tenir financièrement. La crise a provoqué un changement de la relation au travail, avec des attentes plus élevées du personnel. Ensuite, le choc inflationniste a probablement fait basculer nombre de sociétés dans le rouge, menaçant leur viabilité économique.



1.2.2. LA NOUVELLE DONNE DE L'INFLATION POUR LES TARIFS

Un autre tsunami est arrivé fin 2021 et vient sérieusement compliquer l'équation financière, l'inflation. Le tableau suivant montre que cette inflation en 2022 de presque 6% correspond au cumul de l'inflation sur 5 ans de 2017 à 2021. Ainsi, entre 2022 et 2026, l'inflation est prévue à 17,1%, soit une moyenne annuelle de 3,4% par an contre une moyenne contre 6% sur les 5 ans précédents, soit une moyenne annuelle de 1,2%.

Tableau 9 : Taux d'inflation réel et prévisionnel de 2017 à 2028 en France

Années	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Taux d'inflation	1	1,8	1,1	0,5	1,6	5,9	4,3	3	2,1	1,8	1,7	1,6
Taux cumulé 2017-2021	1	2,8	3,9	4,4	6							
Taux cumulé 2022-2028						5,9	10,2	13,2	15,3	17,1	18,8	20,4

Sources: Insee, PLFSS 2023- Calculs FBizard

Le premier impact de l'inflation sur un secteur privé des soins est la dépréciation des tarifs. Cet aspect est rarement pris en compte dans les négociations conventionnelles car depuis les années 90, notre économie évolue dans un monde faiblement inflationniste.

La négociation de 2023 doit impérativement intégrer la nouvelle donne fortement inflationniste qui va fortement impacter la valeur réelle des tarifs pendant plusieurs années.

A titre d'exemple pour le TUPH, la valeur réelle (en euros constants)

- Du forfait de 150€ sera de 123€ en 2028 ;
- De l'indemnité kilométrique de 2,32€ sera de 1,90€ en 2028 ;
- Du revenu minimum garanti par heure de 64€ sera de 52,4€ en 2028.

Avec des tarifs fixes et administrés pour la majorité de l'activité des transports sanitaires, les opérateurs sont dans l'incapacité de la répercuter sur les prix. Cette dépréciation monétaire paupérise le secteur en faisant baisser d'autant la progression des revenus en valeur réelle. Le deuxième impact de l'inflation est la forte hausse des charges.

1.2.3. UNE HAUSSE HISTORIQUE DES CHARGES OPERATIONNELLES

Le taux d'inflation sur 5 ans de 2022 à 2026 sera de 17,1%. Une évaluation de KPMG en décembre 2022 fait état d'une augmentation nette des charges de 80M€ en 2022 et 327 M€ en 2023. Le SMIC a augmenté de 5,56% en 3 fois au cours de 2022, puis de 1,81% au 1^{er} janvier 2023. Une nouvelle hausse de 2% est attendu pour juillet 2023.

L'impact des NAO négociées au 1^{er} trimestre 2022 et des NAO 2023 va aussi peser sur la masse salariale. La hausse des prix des véhicules est attendue à 5% en 2023 et celle des taux d'intérêt de 50%. Les autres coûts sont prévus en hausse de 6,2% en 2022 et de 5% en 2023.

Sans mesure correctrice, le résultat net prévisionnel serait nul en 2022 et négatif de 231M€ en 2023, soit -7,2% du chiffre d'affaires.



1.3. UN MODELE ECONOMIQUE CADUC ET NON VERTUEUX

Le modèle économique des transports sanitaires doit permettre de garantir le bon usage du mode de transport le mieux adapté aux besoins du patient, et une maximisation de sa satisfaction tout en garantissant une optimisation des dépenses publiques.

Le système actuel, même s'il a été amélioré avec l'avenant 10, est loin du compte. Il a plusieurs failles structurelles :

- Les tarifs sont assis sur un calcul des coûts théoriques de production d'un transport déconnecté de la réalité du métier, aussi bien dans l'estimation du facteur temps des tâches que dans celle des coûts de tous les consommables imposés par la réglementation et de l'investissement nécessaire pour accomplir les missions (formation, équipement) ;
- Il incite au mode de transport le plus coûteux pour l'assurance maladie sans bénéfice pour le patient, comme le taxi plutôt que le VSL, ou l'ambulance plutôt que le VSL ;
- Il comprend une complexification sans valeur ajoutée de la facturation des transports par les opérateurs et des vérifications administratives pour l'assurance maladie qui génèrent des coûts administratifs et de longs délais de paiement évitables ;
- Ces failles augmentent les risques de dérives des comportements au quotidien, qui peuvent être à la limite de la légalité ou dans le champ de l'illégalité ;
- Il est peu performant dans le développement du transport partagé, même en neutralisant l'effet Covid, qui est un levier essentiel d'optimisation des ressources.

1.3.1. UNE FORTE DEPENDANCE DES TRANSPORTS SANITAIRES A L'ASSURANCE MALADIE

Les dépenses de transport sanitaire sont très largement financées par l'assurance maladie. Il existe une extrême diversité de situations pouvant conduire à la prise en charge des frais de TS. La Cour des Comptes a comptabilisé pas moins de 140 situations possibles en la matière par « *combinaisons des motifs de prise en charge, d'exonération du ticket modérateur et de la franchise* ». Elle qualifie certaines situations d'« *incohérentes* » (1).

Le secteur des TS constitue le poste de la CSBM avec le taux de remboursement le plus élevé.

Tableau 10 : Taux de remboursement des transports sanitaires par mode de transport de 2018 à 2021

En % du total des dépenses remboursables	2018	2019	2020	2021	Evolution 2021/2018
Ambulance	92,8	92,5	92,2	92,2	-0,6%
VSL	96,2	95,8	95,9	95,7	-0,5%
Taxis	96,5	96,5	96,5	96,4	-0,1%
Total	94,8	94,7	94,6	94,5	-0,3%

Source > DREES, comptes de la santé - Données SNDS

Le tableau précédent révèle le haut niveau de prise en charge de tous les TS par l'assurance maladie et sa relative stabilité au cours du temps. Il met en évidence une incohérence qui est le gradient décroissant du taux de remboursement du taxi vers l'ambulance.

Le haut niveau de prise en charge va généralement avec une notion de risque élevé et de coûts élevé dans la logique du remboursement par l'assurance maladie. L'ambulance devrait avoir un taux de remboursement sensiblement plus élevé que les autres modes de transport, or c'est le plus bas.



Cette distorsion peut s'expliquer par une sélection des patients réalisée par les taxis pour privilégier les patients remboursés à 100%. Cette sélection est assez facile à faire quand on considère la concentration des TS sur quelques pathologies. Trois familles d'ALD représentent 53% des dépenses.

Si les taxis continuent leur montée en puissance dans le TAP, cette sélection présente le risque d'une incapacité du système à répondre à la demande d'une partie des patients qui ne serait pas remboursé à 100%,

Tableau 11 : Répartition des dépenses de transport sanitaire par pathologie en 2020

En %,ou en M€	En %		En €	
	%	Cumulé	€	Cumulé
Cancers	23%	23%	1090	1090
IRCT	17%	40%	806	1896
Cardiovasculaires	13%	53%	616	2513
Psychiatrie ou psychotropes	13%	66%	616	3129
Neurologiques et dégénératives	9%	75%	427	3556
Autres ALD (dont 31,32)	7%	82%	332	3888
Diabète	3%	85%	142	4030
Hospitalisations ponctuelles	9%	94%	427	4457
Autres pathologies	6%	100%	284	4741
Total			4741	

Source: CNAM-Calculs Fbizard

Enfin, la faible participation des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), qui remboursent 170 M€, soit seulement 3% des dépenses (contre 13% de la CSBM), pourrait être vu comme une opportunité pour développer des services dans la logistique et hors de la logistique. Il en est de même pour le reste à charge des patients, qui est du même ordre de grandeur (contre 7% pour la CSBM).

1.3.2. UN ARTICLE 80 GENERANT DES EFFETS DE BORD ET UNE PART DE VERITE ECONOMIQUE

Voté dans la loi de financement de la sécurité sociale 2017 et appliqué le 1^{er} octobre 2018, l'article 80 transfère le financement des transports inter et intra hospitaliers aux établissements hospitaliers. Si le financeur final reste l'assurance maladie, l'enveloppe de financement n'est plus la même et devient une enveloppe hospitalière et non plus de ville.

L'ambition de la réforme était de responsabiliser le prescripteur, l'établissement hospitalier, selon la logique du pollueur-payeur pour optimiser cette dépense. Les montants estimés en 2019 de ces transports étaient de 194M€ pour les établissements MCO et 90M€ pour les établissements de SSR et psychiatrie (2).

Il serait hasardeux sans étude d'impact officielle d'établir un bilan économique de cette réforme. Avec 6% des dépenses, ce segment du marché ne rabat pas significativement les cartes de l'organisation des opérateurs de transports sanitaires.

En fonction des tailles des entreprises, de leur positionnement sur le marché, certains opérateurs ont tout fait en matière de remises et de création de réseau (GIE ou autres) pour capter ce marché, d'autres ont refusé de rentrer dans ces logiques de remises et se sont écartés de ce segment ou l'ont capté car il n'y avait pas d'alternatives pour les établissements.

Il est probable que ce changement ait bénéficié aux opérateurs d'une certaine taille qui ont pu consacrer une part de leur flotte pour maximiser les volumes à partir de leurs capacités existantes.



La constitution de réseaux pour capter ce marché dans les meilleures conditions possibles génère un risque d'être assimilée à une entente, mesure anticoncurrentielle interdite par le code de commerce. Il semble que la DGCCRF se doit déjà emparer du sujet.

Rappelons que l'entente anticoncurrentielle est un accord ou une action concertée qui a pour objet ou peut avoir pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence sur un marché de produits ou de services déterminés. Cette entente peut prendre diverses formes : écrite ou orale, expresse ou tacite, horizontale entre concurrents sur un même marché ou verticale.

Un autre effet de bord, plus inattendu, de cette réforme est l'arrivée d'une forme de liberté tarifaire sur ce marché des transports sanitaires. Jusqu'à cette loi, les tarifs ne se négociaient qu'au cours des négociations conventionnelles par les instances nationales avec l'Assurance maladie. Depuis le 1^{er} octobre 2018, les tarifs sont négociés entre les établissements et les opérateurs.

Si nous ne disposons pas de données consolidées pour dresser un bilan des négociations à ce jour, 4 ans après la réforme, on observe une diversité de situations tarifaires selon les zones géographiques qui s'apparentent à une liberté tarifaire régulée par le marché sur ce segment de marché.

Ce marché est un segment hybride qui inclut les trois modes de transport : ambulance, VSL et taxis. Or, ces trois modes ont des grilles tarifaires sensiblement différentes pour des usages de même nature (TAP pour VSL et taxis) ou de nature différente (transport assis ou couché).

Face à la relative désorganisation des fonctions support des établissements hospitaliers, il leur faut négocier des accords soutenablement financièrement, simples à gérer comptablement et surtout qui leur garantissent de disposer de transporteurs à tout moment pour répondre à leurs besoins. En ce sens, un bilan détaillé des types d'accords conclus par l'ensemble des établissements, avec les tarifs moyens par mode de transport serait d'une grande utilité.

Les accords dépendent largement de la situation concurrentielle dans le secteur géographique et des comportements des opérateurs.

On constate ainsi que certains accords comprennent une remise fixe par rapport aux tarifs conventionnels, en contrepartie d'un marché presque captif. Considérant le faible niveau des tarifs et le choc inflationniste, cette situation conduit probablement à une piètre qualité de services et sera difficilement viable durablement.

A l'opposé, certains opérateurs ont obtenu des majorations de tarifs, en contrepartie d'une obligation de présence en continu 24h/24, compensant ainsi l'absence de différenciation de tarifs de nuit, week-end et jours fériés. Ils se retrouvent donc mieux rétribués financièrement par ce segment de marché et vont donc y consacrer plus de ressources, aux dépens des autres segments.

Une autre situation qui conduit aux mêmes conséquences que précédemment est la négociation pour les tarifs VSL à partir des tarifs ambulances et taxis, ce qui aboutit à des tarifs VSL sensiblement plus élevés et donc une activité VSL plus rentable. Ainsi, des opérateurs ont obtenu un forfait de prise en charge VSL de 26€ (remisée à 50% du forfait ambulances), soit le double du forfait VSL de l'avenant 10, et une indemnité kilométrique de 1,50€, soit 50% plus élevée que celle de l'avenant 10 remisée à partir de l'indemnité de l'ambulance).

Ces négociations tarifaires à la suite de l'article 10 vont donc conduire à un transfert de certaines flottes de VSL principalement vers les transports inter et intra établissements, délaissant le marché des particuliers au profit des taxis.

Même si une étude d'impact national est nécessaire pour conclure, il ne serait pas surprenant que cette réforme soit plutôt négative financièrement pour l'Assurance maladie, gagnante pour certains opérateurs de VSL et taxis (TAP), et perdante pour les patients particuliers qui risquent d'avoir plus de difficultés pour trouver des VSL.

En tout état de cause, cette réforme a l'intérêt de montrer une forme de vérité économique des tarifs et des coûts. Les négociations se sont faites à partir de la réelle rentabilité des transports, de l'incitation prix nécessaire pour mettre à disposition des véhicules. En cela, l'information est utile pour orienter les négociations conventionnelles.



1.4. DES DIFFICULTES A REpondre AUX BESOINS DU TUPH, CŒUR DE METIER DE LA PROFESSION

Le secteur des transports urgents préhospitaliers représente un segment de marché limité pour les opérateurs de transports, avec une part des dépenses sur le plan national proche de 20% de l'activité ambulance et de 8% sur l'ensemble des dépenses.

Tableau 12 : Évolution des dépenses remboursées ABA et TUPH depuis 2013

En millions d'euros, en %									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Evol 2019 vs 2013
Ambulance	1 792	1 792	1 793	1 597	1 640	1 641	1 558	1 502	-13%
Hors TUPH	1 541	1 537	1 528	1 321	1 360	1 350	1 257	1 185	-18%
TUPH	251	255	265	276	280	291	301	317	20%
Part du TUPH dans ABA	14%	14%	15%	17%	17%	18%	19%	21%	38%
Part de TUPH dans TS	6,2%	6,1%	6,1%	6,4%	6,3%	6,4%	6,6%	7,7%	7%

Source > DREES, comptes de la santé - Données SNDS - Calculs Fbizard

1.4.1. LE SOCLE DE LA PROFESSION

Cependant, le TUPH représente une fonction régalienne de l'État et des institutions qui ont délégué de service public pour la remplir, constituant ainsi une mission cardinale de la profession de transport sanitaire.

Le TUPH est une composante essentielle du positionnement de la profession comme un maillon majeur de l'accès aux soins. Avec le TUPH, le TS participe à sauver des vies humaines.

C'est le socle à partir duquel tout le reste de la profession se construit. Plus ce socle est solide, plus la profession a de la force, qui, pour négocier avec les Pouvoirs Publics, qui, pour attirer des collaborateurs de qualité, qui, pour créer de la satisfaction professionnelle, qui, pour améliorer son image auprès de l'opinion publique.

Certes *business is business* et les opérateurs peuvent avoir du mal à entendre cette vérité mais c'est pourtant un fait irréfutable. Si les dépenses sont financées à 94% par l'Assurance maladie c'est bien parce que l'activité de TS est avant tout une activité de service public pour laquelle il faut garantir une égalité d'accès pour tous, une continuité du service et une mutabilité du service face à l'environnement (lois de Rolland de 1938 sur le service public).

Dans ce service public, il existe un gradient dans le poids social et médical des missions avec un niveau maximum dans le TUPH (transport immédiat et sans délai), élevé dans certains transports programmés (permettre à des personnes peu autonomes d'être soignées) et plus faible dans d'autres (transports de personnes quasi autonomes). En théorie, toutes ces missions remplissent une notion de service public, sans quoi elles ne devraient pas être remboursées à plus de 90% par l'Assurance maladie.



1.4.2. UNE HAUSSE DU TUPH EN 2022 A INTERPRETER AVEC PRECAUTION

L'Assurance Maladie a présenté en décembre 2022 des évolutions d'activité du TUPH montrant une forte hausse par rapport à 2021. Le nombre de patients a augmenté de 28% en octobre 2022 par rapport à octobre 2021 (198 154 vs 154 950) et les dépenses de 19% (34,5% M€ vs 28,9M€).

La réforme tarifaire de l'avenant 10 a certainement eu un effet sur la hausse de l'activité mais les causes principales de ce rebond sont probablement ailleurs. D'abord, la réforme du TUPH s'est traduite par la mise en place de gardes 24h/24 dans quasiment tous les territoires, ce qui n'était pas le cas avant. On a donc un effet offre ambulances TUPH qui conduit à une hausse mécanique des dépenses.

Ensuite, la crise du système de santé et les évolutions des pratiques des prescripteurs favorisent structurellement la hausse des TUPH aux dépens des transports programmés. Cette tendance est révélée par la saturation des centres d'appels du SAMU depuis plusieurs mois. L'embolie des centres n'a cessé de s'accroître.

Ainsi, le 3 janvier 2023, l'association française des assistants de régulation médicale (AFARM) sortait un communiqué de presse pour demander d'urgence des moyens supplémentaires au ministère pour faire face à « *une hausse de 55% des appels ces dernières semaines* ».

Face à la désertification médicale ancrée durablement dans nombre de territoires et les recommandations du Ministère de faire du Samu (via le 15) le filtre régulateur d'accès aux urgences hospitalières, il est assez logique que la demande en TUPH croisse fortement.

Enfin, les pompiers ont pris une place forte dans le TUPH mais ils font face à une pénurie de personnels, notamment avec la chute du volontariat (78% des pompiers sont volontaires), qui les obligent et à se concentrer sur leur cœur de métier pour les transports de personnes : le transport de blessés en urgence absolue. Cela a d'ailleurs entraîné une décision du Ministère en décembre 2022 de déréguler un peu plus le secteur en autorisant les associations agréées de protection civile de faire du TUPH.



1.4.3. LE TUPH : UN MIEUX ECONOMIQUE GRACE A L'AVENANT 10 MAIS DES FAILLES A CORRIGER

Le nouveau modèle depuis 2021 consiste à payer forfaitairement chaque sortie (150€), complété par une indemnité kilométrique (2,32€) à partir du 21^{ème} km et à garantir un revenu minimum horaire (64€) par garde.

La valorisation de chaque composante est à réévaluer à l'aune de la réalité opérationnelle. La base du cahier des charges des missions, aussi bien pour le facteur temps que pour la valorisation des charges et des investissements est obsolète.

Le temps de 15mn de charge et de décharge des patients est par exemple déconnecté de la réalité. A titre d'exemple, les services des urgences gèrent 3 patients par heure, soit 20mn par patient. La forte hausse du prix des consommables (16€ la paire de gants au lieu de 4€ par exemple, 50€ les électrodes d'un défibrillateur...) fait de certaines sorties une perte financière en 2023.

L'absence de majoration la nuit, le week-end et les jours fériés est aussi à corriger.

A l'usage, le système favorise les structures d'une certaine taille capable de pouvoir disposer d'au moins deux véhicules par garde, pour en dédier réellement une à la garde et réaliser diverses prises en charge avec l'autre.

Cependant, la faille du modèle est de faiblement rémunérer les sorties des ambulances par rapport à la valorisation de leur immobilisation (les deux valeurs sont certes insuffisantes). Le revenu minimum garanti sur 12h s'élève à 768€, ce qui correspond à un montant supérieur perçu pour 5 sorties (750€). Mais l'opérateur qui aura fait 5 sorties aura dépensé du carburant, de l'usure du véhicule et des consommables contrairement à celui qui sera immobilisé.

Certes, les opérateurs sont dépendants de la demande en TUPH pour réaliser des sorties mais il serait judicieux de rentabiliser davantage les sorties par rapport à l'immobilisation, tout en gardant un revenu minimum garanti indispensable dans les zones rurales. Ce dernier devrait être simplifié dans sa gestion administrative pour permettre une facturation rapide et un encaissement rapide.

La viabilité des gardes dans les zones rurales lorsque les opérateurs sont de petite taille se posent réellement. Immobiliser un véhicule toute la journée sur une flotte de 2 ambulances par exemple pose question !

La revalorisation des sorties blanches sera aussi à étudier.



1.4.4. LA QUESTION DES ASSOCIATIONS DEPARTEMENTALES DE TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS (ATSU)

Dans un objectif de renforcer la place des opérateurs de TS privés dans le TUPH, le rôle des ATSU est important puisqu'elles sont censées réguler la demande de TU issue du SAMU.

Si cela semble bien fonctionner dans certains départements, il existe une dérive vers une activité de business lucrative dans d'autres. C'est le cas par exemple avec la création d'une société SA RASSUR dont certaines ATSU seraient actionnaires. Or, cette société ne brille pas par sa transparence et apparaît comme une vitrine pour développer d'autres activités.

Il suffit de visiter leur site (<https://rassur.org>) pour s'en convaincre : aucune page n'est fonctionnelle, aucune information disponible pour le public, alors que c'est supposé être de l'argent public pour financer un service public.

Une des conséquences de cette dérive est l'exigence faite aux opérateurs de payer un abonnement et même une commission par sortie (5€ dans le Pas-de-Calais) par exemple.

Le financement des ATSU est normalement assuré par les agences régionales de santé et les opérateurs de TS ne doivent pas avoir à payer pour pouvoir travailler. Ces conditions devraient être applicables dans toute la France.





1.5. DES TRANSPORTS SANITAIRES PROGRAMMES A RESTRUCTURER

Nous avons évoqué la montée en puissance des taxis aux dépens des transports professionnels du TS, ce qui crée une concurrence dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle nuit à la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. Du fait d'une réglementation plus souple et d'une tarification plus favorable, il y a une vraie iniquité entre les deux modes de transport.

Tous les rapports officiels émanant de la cour des comptes, du Parlement, de l'IGAS ou autres recommandent d'harmoniser les tarifications pour éviter cette distorsion tarifaire inutilement coûteuse pour l'Assurance maladie. En réalité le poids politique des taxis, qui sont gérés à un niveau communal ou départemental selon les sujets, a anéanti jusqu'à maintenant toute volonté de changement.

Du côté des professionnels du TS, ils se sont adaptés à la situation en se mettant en position de profiter de cette distorsion et non de la subir, en disposant d'une flotte de taxis à côté de celle de VSL. Ainsi, sur les 26 707 entreprises de taxis conventionnés avec la CNAM en 2017, représentant 37 407 véhicules exerçant une activité de TS, 40% seraient des sociétés bicéphales (à la fois TS et taxis) (5).

La répartition des dépenses montre que cette stratégie est avant tout une recherche d'optimisation du modèle économique pour optimiser la rentabilité des transports. Le tableau suivant démontre que le but est de choisir le véhicule le plus rentable en fonction des transports (taxi pour les TAP de longue distance et VSL pour la courte distance).

Tableau 13 : Répartition des dépenses remboursables par type de société et par mode de transport en 2021

En M€, 2021				
Sociétés	Transports	€	% par type de société	% total
Entreprises bicéphales	Taxis	503	30%	21%
	ABA	700	42%	35%
	VSL	480	29%	57%
	Total	1683	100%	32%
Entreprises de transport sanitaire	ABA	904	71%	45%
	VSL	369	29%	43%
	Total	1273	100%	24%
Entreprise 100% ambulances	ABA	400		20%
	Total	400		8%
Entreprises de Taxis	Taxis	1918		79%
	Total	1918		36%
Total	ABA	2004	38%	100%
	VSL	849	16%	100%
	Taxis	2421	46%	100%
	Total	5274	100%	100%

Source: CNAM-Calculs Fbizard

Ainsi, les sociétés de taxis réalisent près de 80% des dépenses en taxis contre seulement 21% pour les entreprises bicéphales. Si ces dernières optimisent la rentabilité des TAP, cela n'a pas modifié l'hégémonie des sociétés de taxis dans le TAP.

La sous-utilisation des taxis, concentrés sur les TAP de longue distance, dans certaines sociétés bicéphales représente une non-optimisation des capacités de production. Pour que ces sociétés bicéphales puissent contenir la montée en puissance des taxis, il faut harmoniser les conditions tarifaires.

Du fait du contingentement assez strict des autorisations de VSL et de taxis, les sociétés de TS ont racheté des taxis ou généré la création de licences de taxis auprès des communes, processus plus simple que celui des autorisations de TS.

Ce processus a donc conduit à faire croître la taille des sociétés de transport sanitaire, devenues bicéphales. Nous avons vu précédemment que les sociétés de grande taille étaient plutôt moins rentables que les sociétés de taille moyenne. Même s'il existe plusieurs types d'usage des taxis



dans les sociétés bicéphales, cette extension de la flotte, qui a pour but initial d'optimiser la rentabilité, peut finalement peser négativement sur la structure financière des sociétés.

Elle n'est pas non plus à l'avantage des taxis qui ont vu arriver de nouveaux concurrents dans le transport de personnes pour un motif non sanitaire. L'assurance maladie est perdante car cette optimisation de chaque transport pour garantir d'utiliser le plus rentable se fait au détriment de l'optimisation de l'usage des dépenses publiques. Le patient n'a, a priori, rien à gagner à cette extension de la flotte.

L'impact budgétaire de l'harmonisation des tarifs des VSL et des taxis est à évaluer pour en mesurer les conséquences. Cependant, elle devra s'accompagner d'un changement drastique des modes de transport les plus concernés par les taxis, dont les transports des patients ALD.

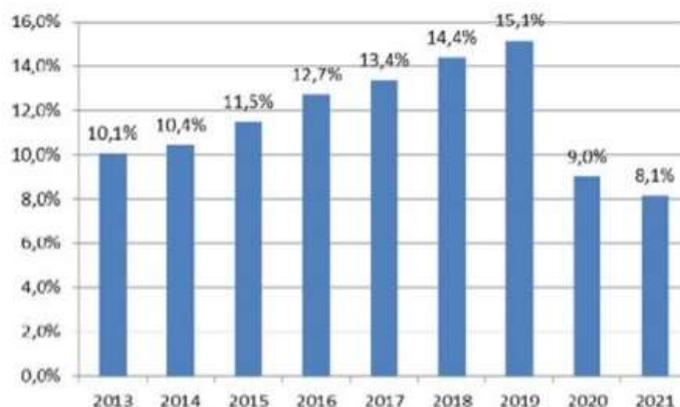




1.5.1. LE LEVIER PRIORITAIRE DES TRANSPORTS PARTAGES

Alors que le transport partagé était sur une voie ascendante régulière avant la crise Covid, cette dernière a donné un coup d'arrêt brutal, sans rebond apparent en phase post-covid.

Graph 2 : Part des transports partagés parmi l'ensemble des dépenses VSL



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

Le nombre de transports partagés en VSL a été diminué par deux en 2020 et est toujours deux fois plus faible en 2021 qu'en période pré-Covid, ce qui laisse penser que le comportement des patients est resté encore assez méfiant voire hostile au transport partagé.

Tableau 14 : Évolution du nombre de transports partagés en VSL depuis 2018

En Millions	2018	2019	2020	2021	Evol 3 ans
VSL	26,1	26,1	21,4	24,3	-7%
% T Partagés	14,4%	15,1%	9,0%	8,1%	-44%
Nombre de T partagés	3,76	3,94	1,93	1,97	-48%

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

Même si l'avenant 10 a tenté de mettre en place un modèle incitatif à l'usage du transport partagé, il ne reste probablement pas assez puissant pour changer les comportements. Cependant, agir sur les seuls transporteurs sanitaires ne suffit pas si les patients ont tout loisir de choisir un taxi sans transport partagé, sans aucune conséquence.

Le développement du transport partagé doit être la responsabilité de tous les acteurs - prescripteurs, assurés et opérateurs -, sans quoi les progrès resteront marginaux. Il faut probablement être disruptif dans la refonte des services logistiques de TS pour traiter efficacement ce sujet très important.

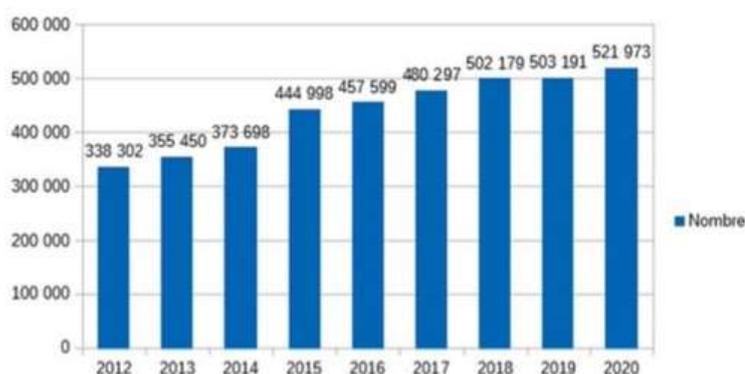


1.5.2. LA HAUSSE DES CARENCES AMBULANCIERES

Une des préoccupations des Pouvoirs Publics concerne le développement des carences ambulancières, qui sont définies ainsi (3) : « *les interventions effectuées par les services d'incendie et de secours (SDIS) à la demande du SAMU, lorsque celui-ci constate le défaut de disponibilité des transports sanitaires privés pour une mission visant, sur prescription médicale, à la prise en charge ou au transport de malades, de blessés ou de parturientes, pour des raisons de soins ou de diagnostic, et qui ne relèvent pas* ».

Selon les chiffres du Ministère de l'Intérieur, le nombre de carences ambulancières aurait augmenté de 54% de 2012 à 2020, pour atteindre 522 000 carences.

Graph 3 : Évolution du nombre de carences ambulancières depuis 2012

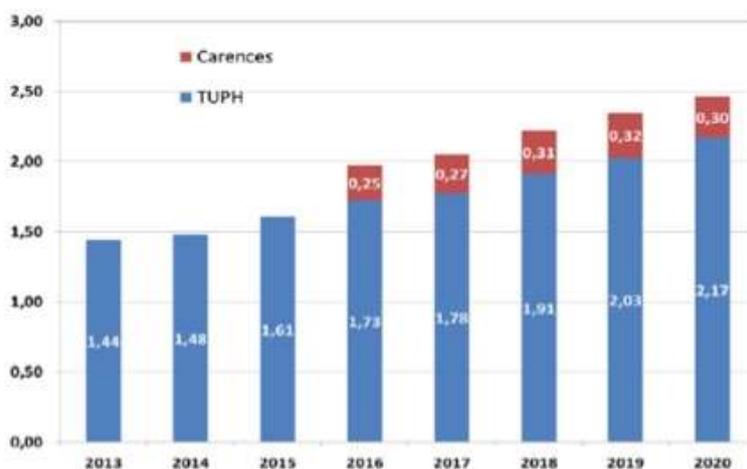


Source : ministère de l'intérieur.

Le décompte de ces carences est sujet à caution puisque les chiffres de la CNAM font état de 300 000 carences en 2020. Il n'en demeure pas moins que ce nombre augmente, traduisant soit une couverture du territoire défaillante de l'offre de TS soit un modèle économique qui nuit à l'usage optimal des capacités de transports existantes, soit les deux.

Graph 4 : Évolution du nombre de TUPH et de carences ambulancières depuis 2013

(en millions)



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.



1.6. UNE PROFESSION EN SOUFFRANCE

Il existe un profond mal-être dans la profession et une grande difficulté à se projeter dans l'avenir. Étant souvent mené par des sociétés de type entreprise familiale, qui se transmettent de générations en générations de personnes passionnées par leur métier, cet état dégradé de la profession est d'autant plus mal vécu.

Cette situation n'est pas spécifique au transport sanitaire mais assez généralisée à toutes les professions du soin. Comme pour les autres professions, la crise COVID a été tout autant un révélateur de l'importance des missions de la profession que du fossé qui sépare ce rôle essentiel dans la société et de la reconnaissance concrète de cette société dans ces acteurs.

Plus encore que les autres professions du soin, les ambulanciers souffrent d'un déficit de reconnaissance à l'intérieur du système de santé comme auprès de l'opinion publique en général. Comme souvent, la responsabilité est collective. L'État n'a jamais correctement valorisé et reconnu la profession. Mais les dérives de certains acteurs du TS dans des pratiques frauduleuses et déloyales rejaillissent sur toute la profession de façon catastrophique depuis des années. Tout ce qui peut être fait pour les éliminer et les condamner doit être fait.

Si on avait à résumer la situation, l'équation humaine est la suivante :

Les ambulanciers sont des professionnels de santé mal reconnus, quasi-smicards, qui participent à sauver des vies au quotidien et constituent un maillon essentiel à l'accès aux soins dans notre pays.

C'est cette équation paradoxale qu'il faut solutionner. La négociation conventionnelle en est le point de départ en donnant la possibilité de mieux rémunérer les acteurs et de reconnaître la valeur ajoutée différenciée entre les missions accomplies. Tant qu'un plan ambitieux de revalorisation des salaires ne sera pas sérieusement envisagé et cette différenciation menée à bien, l'équation ne changera pas.

Cela ne sera possible que si les missions de service public sont réalisées avec un maximum d'efficacité et que les comportements de tous sont reconnus comme vertueux ou sinon réprimés. Les enjeux de formation initiale et continue sont évidemment au cœur du choc d'attractivité nécessaire.

Seule une refonte du métier sortira la profession de la crise

Ce choc ne sera possible que si une réelle vision d'avenir de la profession est conçue par la profession par rapport à la refondation inévitable de l'ensemble du système de santé. Une profession en crise a besoin d'un nouveau cap pour sortir de la crise et pas simplement de mesures isolées qui, même si elles sont utiles, ne changent pas la donne générale. L'avenant 10 en est une bonne illustration.

Cela pose la question de la capacité d'un avenant à la convention au lieu d'une nouvelle convention à porter le nouveau modèle des TS.



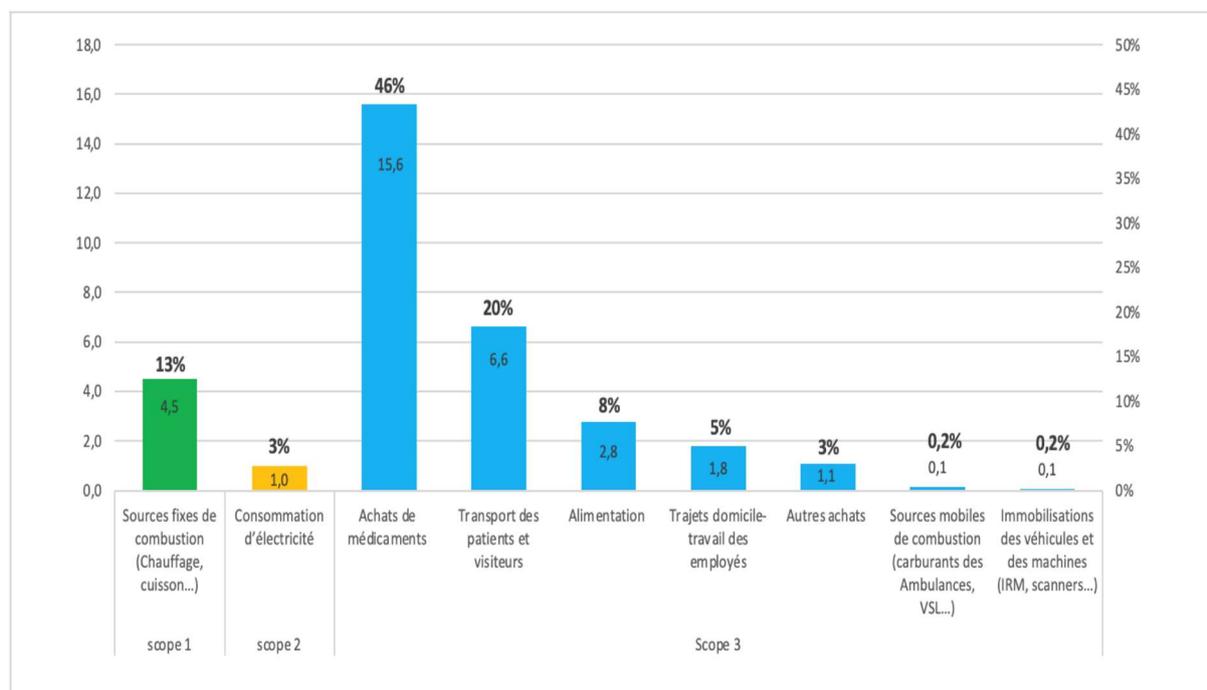
1.7. LE DEFI ECOLOGIQUE DE LA PROFESSION RESTE A RELEVER

Malgré une médiatisation forte des questions liées à l'impact écologique des activités économiques et humaines, le débat de l'empreinte carbone du secteur de la santé est à tort rarement abordé.

Cet impact est pourtant significatif puisque les émissions de GES du secteur de la santé sont estimées à plus de 33,6MtCO₂, soit plus de 5,1% du total national, d'après une étude du Shift Project (4). Selon les études internationales, la proportion varie entre 5 et 8% du total national.

Parmi les postes les plus polluants, le transport sanitaire occupe la deuxième place avec 6,6 MtCO₂, soit un cinquième des émissions totales de la santé.

Graph 5 : Répartition des émissions GES du secteur de la santé (MtCo₂)



Source : The shift Project-Rapport intermédiaire - Juin 2021

Le secteur de la santé doit prendre sa part dans l'ambition de baisser les émissions de 5% par an afin de rester sous les 2°C de réchauffement climatique d'ici à 2050.

Au sein de cet effort, les opérateurs du TS ont un rôle à jouer déterminant, qui devrait être intégré dans l'équation de la négociation conventionnelle. Un accompagnement financier de la transition technologique à mener sera probablement nécessaire. Le développement du transport partagé en devient encore plus stratégique, ainsi que le bon usage des véhicules.



2. UN CHANGEMENT DE PARADIGME A METTRE EN PLACE

Pour bâtir le nouveau modèle économique, nous allons donner les orientations principales qui nous semblent nécessaires de prendre pour réussir la transformation du secteur et construire son avenir. L'impact financier des mesures retenues sera élaboré dans un deuxième temps.

2.1. RENFORCER LE SOCLE DU TUPH ECONOMIQUEMENT ET PROFESSIONNELLEMENT

Le transport d'urgence est la pierre angulaire de la profession, sa raison d'être comme profession de santé. Sur un plan politique, c'est de loin la préoccupation prioritaire des responsables tant son poids symbolique est élevé dans l'opinion publique.

Le TUPH est au cœur du service public de santé délivré par les ambulanciers et qui sera intégré dans un service public transversal et global de la santé qu'il faudra mettre en place dans chaque territoire dans le futur modèle de santé. Renforcer la place de l'ambulancier privé dans ce service public revient à renforcer son rôle dans le système de santé de demain.

Si l'avenant 10 a amélioré le modèle économique du TUPH, il ne l'a pas reconnecté à la réalité des missions et comprend des failles à combler.

Cette négociation conventionnelle doit viser à :

- Construire un nouveau modèle économique en phase avec la réalité humaine et économique des missions du TUPH d'aujourd'hui et demain ;
- Permettre une disponibilité des véhicules suffisante pour supprimer les carences ambulancières ;
- Faire de l'ambulancier un technicien du soin reconnu, en complément de son rôle de transporteur, grâce à l'usage des innovations technologiques.



2.1.1. UN NOUVEAU MODELE EN PHASE AVEC LA REALITE ECONOMIQUE

Le modèle économique actuel est caduc étant donné son décalage avec la réalité des missions. Il valorise un temps passé très loin du temps nécessaire même pour le plus productif des ambulanciers. Ainsi, le temps d'immobilisation moyen pour la charge et la décharge du patient n'est plus de 15 mn mais d'au moins le double. Un nouveau temps moyen est à définir.

De plus, le TUPH a fait l'objet ces dernières années d'une série de nouvelles normes réglementaires visant à renforcer la sécurité des patients d'une part et à l'émergence de nouvelles missions de télémédecine d'autre part.

Cela a conduit à un usage systématique dans certains cas (gants, draps...) et occasionnel dans d'autres (O2, électrodes...) de consommables et d'équipements médicaux de plus en plus sophistiqués. Si ces dépenses étaient marginales autrefois, elles ne le sont plus du tout maintenant et le choc inflationniste depuis 2022 les rend même incontournables dans le nouveau modèle.

Le principe d'un forfait fourre-tout, d'une sorte de pot-pourri dans lequel on tente de financer toutes sortes de dépenses de nature très différente (salaire, carburant, consommable, amortissement...) n'est plus adapté à la situation. Il empêche toute valorisation juste pour l'ensemble des parties prenantes.

Nous proposons de mettre en place deux types de forfaits dédiés aux deux principales familles de dépenses :

- **Un forfait honoraire** qui valorise l'expertise humaine pour mener à bien la mission TUPH ;
- **Un forfait technique** qui valorise les consommables et l'amortissement des équipements nécessaires à la mission.

Le forfait honoraire est à revaloriser en fonction de l'évolution des coûts depuis 2021, de l'absolue nécessité d'augmenter les salaires dans la profession mais aussi de l'émergence d'un véritable rôle de technicien du soin apparu ces dernières années.

Avec le développement rapide des équipements de télémédecine ces dernières années, l'ambulancier est véritablement devenu les yeux du SAMU, le technicien capable de porter les premiers secours à un patient jusqu'à l'arrivée aux urgences. Ce rôle de technicien du soin, consacré par les nouvelles technologies, a donc une valeur bien supérieure à son rôle historique de transporteur de malades et doit être reconnu financièrement.

Il se traduit jusqu'à maintenant par des charges supplémentaires et des exigences de formation supplémentaires des ambulanciers et auxiliaires ambulanciers depuis l'arrêté du 11 avril 2022. Il sera nécessaire d'évaluer si un forfait honoraire unique est capable de valoriser correctement l'ensemble des expertises et charges de personnel, sachant que chaque TUPH ne nécessite pas exactement les mêmes gestes.

Pour le forfait technique, il existe déjà dans d'autres secteurs comme la radiologie. L'UNCAM définit dans ce cas le forfait technique de la façon suivante (6) :

« Le forfait technique rémunère les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil (locaux, équipement principal et annexe, maintenance, personnel non médical, consommables hors produit de contraste, frais liés à l'archivage numérique des images, frais de gestion, assurance, cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises...). La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur sept ans. Pour les matériels considérés comme amortis, soit installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée, le montant du forfait technique ne prend plus en compte le coût de l'amortissement du matériel. »

Il faut adapter ce concept au cas du TUPH mais le fondement est identique.

Un forfait technique général est à déterminer pour prendre en compte les consommables systématiquement utilisés dans la grande majorité des TUPH et des majorations pour des usages épisodiques comme l'oxygénation et la défibrillation.



2.1.2. REPENSER LE FINANCEMENT DES GARDES AMBULANCIERES

L'avenant 10 a apporté une amélioration dans le financement des gardes, notamment avec le principe du revenu minimum garanti. Il doit être amélioré avec au moins trois cibles à atteindre :

- **La reconnaissance de la pénibilité du travail de nuit ;**
- **Une rémunération plus favorable aux sorties qu'à l'immobilisation, tout en considérant la spécificité des zones rurales ;**
- **Une simplification administrative pour une facturation simple et un paiement rapide.**

Dans le modèle de financement de l'avenant 10, le revenu minimum garanti est activé systématiquement pour les gardes de 10h avec moins de 5 sorties et les gardes de 12h avec moins de 6 sorties. Or, l'ambulancier est dépendant des appels du SAMU pour son nombre de sorties sans réel moyen d'actions pour influencer ce nombre.

Il existe une différence nette dans le nombre de sorties entre l'urbain et le rural, avec généralement plus de 5 sorties pour le premier et moins de 3 pour le second. Certains territoires sont dans une situation intermédiaire d'un nombre de 3 à 5.

Les chiffres de l'Assurance Maladie devraient le confirmer mais la part du financement par le revenu minimum garanti est quasi systématique dans les zones rurales et régressent au fur et à mesure que la densité démographique augmente pour disparaître dans les agglomérations.

Si l'idée de payer un véhicule en immobilisation pour garantir la continuité du service public et son égalité d'accès pour tous est légitime, un modèle économique vertueux doit favoriser la sortie à l'immobilisation. Dans le système actuel, une garde sans aucune sortie est plus rentable qu'une garde avec 1 à 5 sorties.

Si on intègre les coûts du carburant et des consommables, une garde de 12h à 768 € de RMG est en effet plus rentable qu'une garde de 768€ avec 5 sorties. Même la 6^{ème} sortie à 150€, portant la garde à 900€, ne change pas vraiment la situation.

Sans changer le principe de garantir un revenu qui permette de disposer de gardes dans tous les territoires, il faudrait un modèle qui fasse que la troisième sortie et les suivantes soient rentables et déclenchent la sortie du RMG.

Par exemple, si le RMG d'une garde était porté à 800€ au global, la valeur de 3 sorties devrait dépasser ce montant soit une valeur unitaire de la sortie à au moins 270€.

Pour les zones rurales (à faible densité démographique) dans lesquelles le nombre de sorties est régulièrement inférieure à 3, il faudrait réfléchir à l'usage de la géolocalisation pour permettre une réponse immédiate et sans délai (caractéristique du TUPH), sans obliger une immobilisation permanente du véhicule. L'expérience de l'usage de la géolocalisation en Loire-Atlantique semble un modèle inspirant pour rendre cela possible.

Ce système de non-immobilisation permanente évitera les dérives observées sur des véhicules immobilisés et financés par le RMG, pendant que le véhicule de garde assure d'autres transports.

Une vérification sur le nombre de sanctions délivrées par l'assurance maladie à la suite de la non-réponse d'un ambulancier à une sollicitation du SAMU serait utile pour apprécier son calibrage.

Valoriser au juste prix le travail de nuit

La prise en compte de la pénibilité du travail de nuit dans la valorisation de la garde de nuit est vitale pour permettre aux opérateurs de trouver du personnel et d'assurer ces gardes de nuit. En contrepartie d'une nette revalorisation des salaires la nuit, qui est à discuter lors des négociations, le forfait de la garde de nuit sera revalorisé en conséquence. Il en est de même des gardes du week-end et des jours fériés, dont le calcul peut dans ces cas se baser sur le droit du travail.



La pertinence de l'indemnité kilométrique de l'avenant 10 dans le financement des gardes ambulancières se pose. En effet, un TUPH dans les zones urbaines est dans la grande majorité des cas de moins de 15km et donc non concerné par ce tarif qui s'applique à partir du 21^{ème} km.

Dans les zones rurales où les gardes sont essentiellement financées par le RMG, il ne s'applique pas non plus. Il serait utile de connaître le nombre de kms indemnisés en France pour les gardes ambulancières pour prendre une décision sur sa conservation ou non, ou au moins son recalibrage.

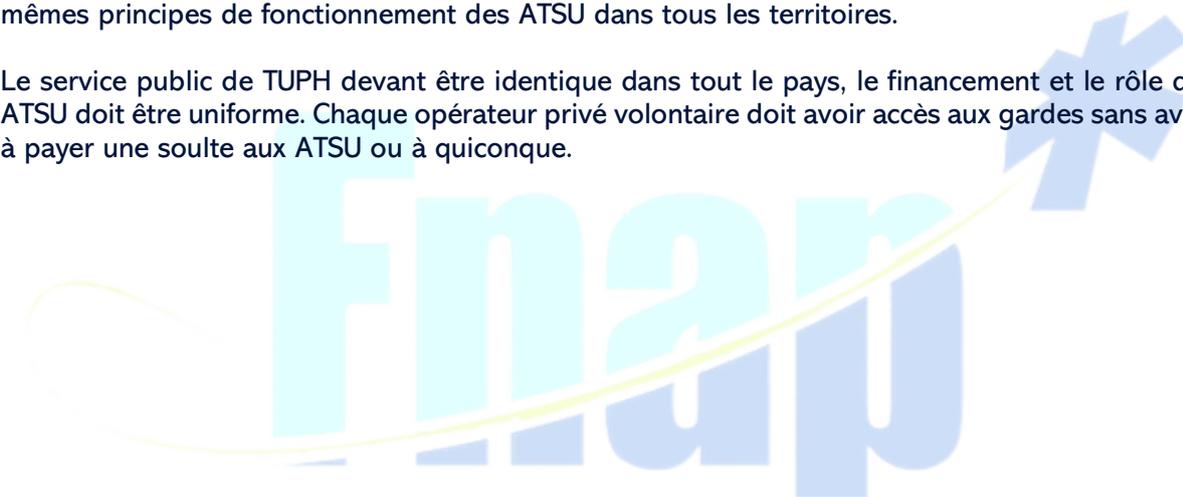
Pour la facturation des gardes, l'usine à gaz actuelle doit être supprimée au profit d'un système simple dans l'intérêt des opérateurs et de l'assurance maladie. Pour les opérateurs concernés par le RMG, nous proposons une facturation le lendemain des gardes au réel du nombre d'heures avec un paiement immédiat de 80% du montant par l'Assurance maladie et de 20% en fin de mois si des vérifications sont nécessaires.

En tout cas, en fonction des tableaux de garde définis par les ATSU, il doit être possible d'informer en amont les caisses pour qu'elles puissent connaître les ambulances de garde dans un secteur. Si le paiement des 100% est possible, le faire.

Des ATSU au service du TUPH des TS privés

À la suite des dérives constatées dans certains départements, il serait utile de faire appliquer les mêmes principes de fonctionnement des ATSU dans tous les territoires.

Le service public de TUPH devant être identique dans tout le pays, le financement et le rôle des ATSU doit être uniforme. Chaque opérateur privé volontaire doit avoir accès aux gardes sans avoir à payer une soulte aux ATSU ou à quiconque.





2.1.3. LES SORTIES BLANCHES OU L'AMBULANCIER TECHNICIEN DU SOIN

Si l'indemnité kilométrique n'apparaît pas indispensable pour la rémunération des gardes, son utilité est réelle pour le financement des sorties blanches, or il n'y en a pas. L'avenant 10 a prévu un forfait sec de 80€, ce qui n'est pas pertinent pour les zones rurales.

A partir du 15^{ème} ou du 20^{ème}, une indemnité kilométrique devrait s'appliquer au paiement des sorties blanches afin de ne pas léser les opérateurs des zones rurales.

L'application des deux types de forfaits évoqués supra semble applicable dans le financement des sorties blanches, sauf si le forfait technique ne s'appliquerait pas dans la majorité des cas. La revalorisation par rapport au forfait de 80€ actuel doit-elle aussi considérer l'inflation, la hausse des coûts opérationnels et la revalorisation des compétences.

Enfin, il pourrait être envisagé d'intégrer une franchise de quelques euros à la charge du patient pour le responsabiliser par rapport à un usage pertinent du TUPH. Les assurés de la complémentaire santé solidaire en seraient exemptés.

2.1.4. ENGAGEMENTS DES OPERATEURS ET BENEFICES POUR LA COLLECTIVITE

Dans ce nouveau modèle, pour chaque secteur, deux questions peuvent légitimement être posées par l'Assurance maladie face aux revalorisations et transformations proposées.

Quels engagements prennent les opérateurs en contrepartie ?

- Une revalorisation des salaires en général et de la pénibilité du travail de nuit en particulier ;
- Une réponse aux besoins des TUPH dans tous les territoires ;
- Une facturation juste et transparente des gardes ;
- Un respect des exigences de formation et d'équipements ;
- Une baisse sensible de la carence ambulancière.

Quels bénéfices sont à attendre de ces changements pour le bien commun ?

- Une meilleure optimisation du financement des gardes pour l'assurance maladie ;
- Un meilleur service de TUPH délivré par les ambulanciers privés au bénéfice du fonctionnement du SAMU et au bénéfice des patients ;

Le renforcement du socle du métier d'ambulancier au bénéfice de l'attractivité de la profession et de son avenir.



2.2. RETABLIR L'EQUITE ET ELARGIR LE MARCHE DANS LES TRANSPORTS PROGRAMMES ENTRE LES ACTEURS

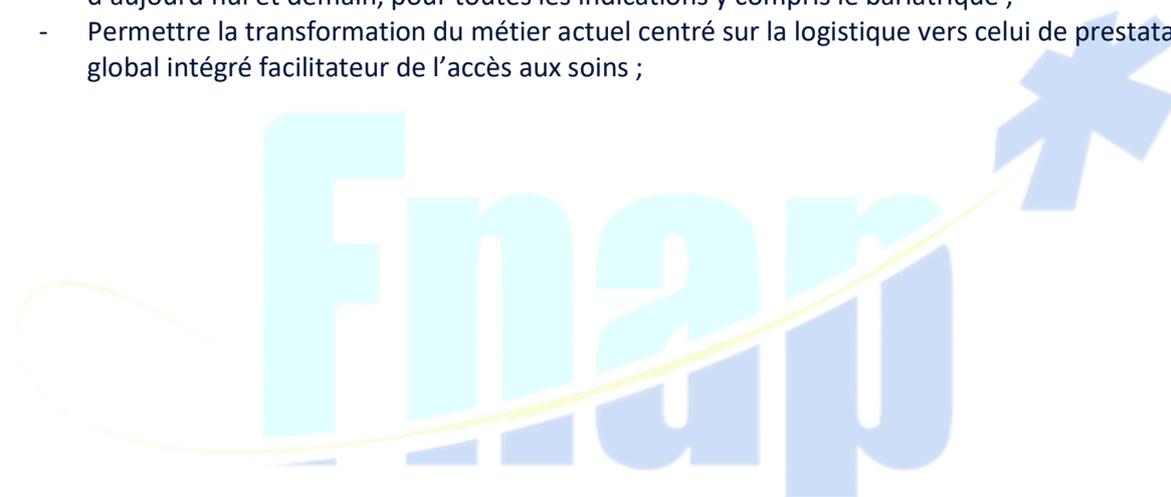
Le transport programmé répond à la même logique de service public que le TUPH même s'il se distingue par une palette très large d'indications et l'existence d'une diversité de modes de transport pour y répondre : l'ambulance, le VSL, le taxi, le véhicule personnel, l'avion, le bateau...

Cette grande diversité de situations rend sa régulation plus difficile, et donc la maîtrise des dépenses et la lutte contre la fraude aussi. Cela signifie qu'une responsabilisation forte et efficace de tous les acteurs – opérateurs de TS, prescripteurs, usagers, Pouvoirs Publics - est indispensable pour construire un modèle économique vertueux. C'est une des différences significatives avec le TUPH pour lequel cette responsabilisation de tous est moins stratégique.

Cela a été initié avec l'article 10 et la responsabilisation des établissements hospitaliers mais de façon très partielle et probablement peu efficace comme cela a été démontré en première partie.

La construction du nouveau modèle économique des transports sanitaires programmés doit remplir trois objectifs :

- Aboutir à l'harmonisation des conditions tarifaires entre les VSL et les taxis tout en transformant la logique de volume actuel en une logique de valeur ;
- Construire un modèle économique en phase avec les réalités humaines et économiques d'aujourd'hui et demain, pour toutes les indications y compris le bariatrique ;
- Permettre la transformation du métier actuel centré sur la logistique vers celui de prestataire global intégré facilitateur de l'accès aux soins ;





2.2.1. A PRESTATION IDENTIQUE, REMUNERATION IDENTIQUE POUR LES TAP

Tous les rapports officiels prônent l'harmonisation des conditions tarifaires entre le VSL et les taxis. Face à ce consensus, il devient incontournable d'agir sans quoi aucun modèle gagnant-gagnant ne pourra être construit et les dérives continueront pour s'adapter à cette incohérence aux dépens de la maîtrise des dépenses.

L'objectif est d'avoir une équité dans la rémunération qui permette aux professionnels du transport sanitaire d'améliorer la qualité de leurs prestations tout en renforçant leur rentabilité et leur structure financière d'une part et aux taxis de continuer à faire du TAP d'autre part. Étant donné la dépendance financière de milliers de sociétés de taxis au TAP, tout scénario qui viserait à sortir les taxis de cette activité nous paraît illusoire politiquement.

Les différences principales entre la tarification des taxis et des VSL sont de trois ordres :

- La prise en charge est mieux valorisée (6 à 7 fois mieux) pour le VSL que pour le taxi, rendant les trajets courts plus rentables en VSL mais sans rentabilité pour les trajets longs contrairement aux taxis ;
- Les pertes de productivité des transports (temps d'attente, ralentissement, kilomètres non chargés...) sont compensées chez les taxis et pas chez les VSL ;
- Les taxis ont des options supplémentaires de facturation (pneus neiges, bagages) que les VSL n'ont pas.

Le modèle économique du taxi dans le TS est identique à celui appliqué pour le transport de personnes hors du champ sanitaire, modéré d'une remise pour les tarifs CNAM. Il ne s'agit donc pas d'appliquer stricto sensu la grille tarifaire des taxis au VSL mais de corriger les anomalies du modèle tarifaire des VSL pour le rendre compétitif et équitable par rapport aux taxis.

Deux évolutions prioritaires s'imposent pour les VSL, tant ils sont indispensables dans le nouveau contexte sanitaire et tant ils sont légitimes.

Payer le temps d'attente sur les lieux de soins

Face à la crise de notre système de santé, qui se traduit entre autres par une pénurie des personnels soignants dans les services hospitaliers, dans les Ehpad et en ville, les temps d'attente des ambulanciers pour déposer un patient et le récupérer se sont considérablement allongés.

Ne pas intégrer les temps d'attente sachant que les salaires représentent les deux tiers des coûts des sociétés de TS est incompatible avec une recherche d'un modèle économique vertueux. C'est d'autant plus important que le modèle actuel ne permettra pas d'attirer le personnel nécessaire aux missions des TS dans les années à venir.

Le tarif pris par les taxis d'une vingtaine d'euros par heure peut servir de référence.

Appliquer aux VSL le doublement du tarif kilométrique des taxis en cas de retour à vide au-delà d'une distance à déterminer

Lors d'un retour à domicile d'un patient hospitalisé, il n'y a aucune raison que le VSL ne puisse pas être utilisé de façon rentable par une société de transport sanitaire dans des conditions compétitives avec une société de taxis. C'est d'autant plus légitime que le taxi a plus de chances de trouver un client pour le retour hors du champ sanitaire que le VSL qui ne fait que du sanitaire.



2.2.2. POUR UN MODELE CONNECTE AUX REALITES HUMAINES ET ECONOMIQUES

Dans la même logique que pour le TUPH, le modèle économique du transport programmé pour les ambulances et les VSL doit être en phase avec les réalités humaines et économiques.

Tarifs des transports sanitaires programmés en ambulances

Comme pour les VSL, la revalorisation des tarifs selon les contraintes inflationnistes, les revalorisations salariales nécessaires sont à intégrer dans les nouveaux tarifs de prise en charge et d'indices kilométriques.

Nous avons vu que le taux d'inflation prévisionnel sur 5 ans était de 17,1%, ce qui est un plancher pour ne pas menacer l'équilibre économique du secteur. En considérant la hausse des taux d'intérêt, les nouvelles contraintes de formation et la faiblesse des salaires actuels, le plancher se situe au-delà des 20%.

Comme pour le tarif VSL, l'usine à gaz des majorations pour trajets courts nous semble à faible valeur ajoutée et une valeur moyenne réintégrée dans le forfait serait préférable.

Une forme de liberté tarifaire avec l'art 80 à considérer

Nous avons vu que certains opérateurs ont utilisé l'art 80 pour négocier avec des établissements des tarifs plus avantageux que les tarifs de la convention en VSL, du fait d'une remise à partir des tarifs ambulances.

Dans les territoires concernés, cela risque de créer une pénurie de VSL pour les particuliers, qui sera soit compensée par les taxis, aggravant leur hégémonie, soit génératrice de pénurie de TAP. Il serait utile d'apprécier ce phénomène sur un plan national, avec des données de la Cnam.

Le cas des transports bariatriques et du médico-social

Le vieillissement de la population et le développement de l'obésité sont deux phénomènes marquant de nos sociétés occidentales, qui génèrent des besoins nouveaux pour le transport couché, cœur de métier des ambulanciers.

Ces négociations 2023 devraient aussi être l'occasion de définir une tarification adéquate pour prendre en charge dans les meilleures conditions possibles les patients âgés fragiles résidant dans les Ehpad, dans des résidences intermédiaires ou à leur domicile.

Les patients bariatriques de niveau 2 (moins de 200kg) exigent des conditions de transport définis dans la réglementation avec des équipements spéciaux (brancard à couche large, brancard électrique, chaise portoir adaptée, treuil, etc).

Le modèle proposé pour le TUPH avec un forfait honoraire et un forfait technique pourrait répondre à ces deux publics, qui sont spécifiques par une prise en charge plus longue en temps et avec des équipements spécifiques.

Un tarif spécifique pour les patients bariatriques de niveau 3 (>200kg) sera aussi à définir pour apporter une offre suffisante face à des besoins croissants.



2.2.3. DEVENIR DES PRESTATAIRES DE SERVICES INTEGRES FACILITATEURS DE L'ACCES AUX SOINS.

Si dans le TUPH, l'ambulancier devient un technicien du soin d'urgences grâce aux nouvelles technologies et aux nouvelles expertises acquises, dans le TAP, il doit pouvoir élargir sa création de valeur par un panel de services larges pour le patient.

Cela se fait dans d'autres pays comme le Canada et l'Espagne et c'est clairement un bon moyen de se différencier des taxis, de créer de nouvelles sources de revenus et de maximiser la satisfaction des clients.

Sans réflexion des possibilités dans une négociation conventionnelle, cette évolution a peu de chances de se faire spontanément tant le facteur temps manque aujourd'hui à des équipes sous tension, débordées de missions peu rentables et en difficultés pour trouver du personnel.

Il y a un panier de services à définir (chambre particulière, accessoires optionnels de la chambre, achats de médicaments, aide à domicile...), qui doit être reconnu par tous comme répondant à un besoin réel. L'idée n'est pas de tout définir à priori pour laisser la créativité entrepreneuriale agir mais de couvrir des besoins à forte valeur ajoutée.

Par exemple, notre système de santé souffre d'un cloisonnement des secteurs du soin qui rend très difficile la fluidité des services entre l'hôpital et la ville. Cela se traduit par de grandes difficultés à organiser les services d'aide à domicile de tout genre lorsqu'une personne sort de l'hôpital et doit rester alitée plusieurs jours ou semaines à son domicile. Le professionnel du transport sanitaire pourrait être un facilitateur de la mise en place des services nécessaires.

Dans cette réflexion, il faudrait imaginer un processus permettant aux opérateurs de proposer un panier de services tarifés, avec une information claire et transparente pour les patients. La prise en charge de ces services par les OCAM pourrait s'envisager.

Dans la crise d'accès aux soins qui s'aggrave dans notre pays, le transport sanitaire peut apporter des solutions intégrées dans son service et être un liant humain à forte valeur ajoutée pour faciliter cet accès aux soins.

2.2.4. ENGAGEMENTS DES OPERATEURS ET BENEFICES POUR LA COLLECTIVITE

Quels engagements prennent les opérateurs en contrepartie ?

- Une revalorisation des salaires en général
- Compensation de la pénibilité du travail de nuit en particulier ;
- Un bon usage de l'ambulance ;
- Un respect des exigences de formation et d'équipements ;
- Une baisse sensible de la carence ambulancière ;
- Une meilleure réponse à des besoins spécifiques
 - o des personnes âgées
 - o des patients obèses
 - o des patients souffrant de troubles psychiatriques
 - o en pédiatrie et néonatalogie

Quels bénéfices sont à attendre de ces changements pour le bien commun ?

- Un meilleur service pour les patients hospitalisés, avant, pendant et après leur hospitalisation ;
- Un système de santé moins cloisonné avec un lien humain entre les secteurs du soin ;
- Le renforcement du socle du métier d'ambulancier de transport couché au bénéfice de l'attractivité de la profession et de son avenir.



2.3. POUR UNE REFORME GLOBALE DES TRANSPORTS SANITAIRES PARTAGES

Là aussi tous les rapports le disent, le transport partagé est le levier principal, pour maximiser l'efficacité des TAP. Nous avons vu que 75% de la croissance des dépenses étaient portées uniquement par les taxis, c'est 80% pour l'ensemble des TAP. C'est aussi un levier principal pour baisser l'empreinte carbone du secteur.

L'avenant 10 a tenté de rendre plus incitatif avec une remise pour le second passager et pour le troisième passager, puis une redistribution des économies générées. Il est difficile d'évaluer tout impact de ce modèle tant la crise sanitaire est venue anéantir ce mode de transport. Rien ne semble montrer un rebond en période post-Covid.

On constate qu'à ce stade, le développement du transport partagé est un vœu pieux (« *wishful thinking* »), une forme d'illusion que la réalité va se plier à nos désirs. Il nous semble que ce sujet doit être traité dans sa globalité et avec force sur tous les leviers, sans quoi on arrose le sable.

D'abord, il s'agit de lever tous les freins du côté des transporteurs qui pourraient limiter le transport partagé. La limite des 10kms par exemple est à supprimer. Le modèle économique doit être très lisible et simple pour permettre à l'opérateur de mettre tous les moyens à disposition du transport partagé, tout en s'assurant de sa rentabilité.

Ce mode de transport doit être de loin le plus rentable pour les opérateurs, sans se poser la question de savoir s'il doit perdre de la marge au troisième passager. La redistribution d'une part des économies est une fausse bonne idée car ce n'est pas lisible au quotidien pour l'opérateur, ce n'est pas pratique pour le suivi de sa trésorerie, c'est une complexité administrative de plus et c'est hautement aléatoire pour l'assurance maladie dans la maîtrise réelle des dépenses.

Il faut bien prendre en compte que ce poste est le plus haut potentiel d'économies pour l'Assurance maladie, plus le modèle sera efficace plus les marges de manœuvre seront importantes pour revaloriser les autres postes. La profession devrait donc pleinement s'engager dans cette voie.

2.3.1. RIEN NE BOUGERA SANS UNE INCITATION FORTE POUR LES USAGERS

Cet engagement isolé de la profession ne suffira pas. Si les taxis et les usagers n'ont aucune contrainte permettant de changer les habitudes et préférer le transport partagé au transport individuel, rien ne changera.

Il est facile à comprendre que si les opérateurs du TS insistent auprès des patients pour faire du transport partagé et que ces derniers ont le choix sans aucune pénalité financière de prendre seul un taxi pour aller à une chimiothérapie ou à une dialyse, ils prendront cette option.

Il est impératif de changer les mentalités et faire du transport partagé la norme et le transport individuel l'exception pour tous les cas où ce mode de transport est adapté.

Cela nécessite de lister toutes les indications, tous les motifs où le transport partagé est réalisable dans de bonnes conditions. N'oublions pas que les indications sont très concentrées sur quelques pathologies. La cancérologie et la dialyse représentent 50% de toutes les sources de dépenses.

Ensuite, pour les indications retenues, une franchise de quelques euros à la charge du patient pourrait être imposée aux patients qui préfèrent le transport individuel au transport partagé dans des conditions à définir. A partir du moment où ce transport partagé est vraiment accessible à tous, cette franchise devrait s'imposer à tous.



2.3.2. ÊTRE DISRUPTIF POUR CHANGER LA DONNE LOGISTIQUE

Pour créer un vrai électrochoc sur le transport partagé, il faut favoriser de nouveaux modes de transport collectifs utilisables dans le transport sanitaire comme il en existe hors du champ sanitaire (minibus, espace...). La limite de 3 personnes devrait être supprimée et une réglementation adaptée pour respecter les conditions de sécurité et de confort des patients.

Cette ouverture engendrera une offre logistique nouvelle dédiée au TS partagé émanant des acteurs actuels mais potentiellement de nouveaux acteurs, qui sont dans la logistique. C'est la raison pour laquelle le modèle économique doit être incitatif pour disposer d'un maximum de personnes mais calibré efficacement pour que les nouveaux modes de transport collectifs aient suffisamment de rentabilité tout en faisant faire des économies substantielles à l'Assurance maladie.

La transition écologique à laquelle les opérateurs de TS doivent prendre toute leur part est une opportunité pour renouveler progressivement l'essentiel de la flotte des véhicules VSL. C'est donc bien cette négociation conventionnelle 2023 qui doit changer la donne en la matière et préparer la profession à ce changement structurel pour le TAP.

2.3.3. SEULE L'APPROCHE GLOBALE DE LA PROFESSION FONCTIONNERA

C'est la raison pour laquelle tous les changements proposés dans cette deuxième partie sont à considérer dans un programme global de transformation de la profession. Le risque d'une nouvelle concurrence dans le secteur des TAP ne sera pas un problème si le métier d'ambulancier est renforcé suffisamment sur son cœur de métier du transport couché.

Un chantier sur la nomenclature est probablement nécessaire pour mieux différencier les TS avec soins techniques des TS purement logistiques. Un impact sur la comptabilisation de la TVA sera à considérer.

Sans changement radical de l'approche de leur métier, les ambulanciers sont à haut risque de se paupériser et de voir tous les segments d'activités leur échapper. C'est déjà le cas dans le TAP où l'essentiel de l'activité est capté par les taxis, et cette tendance s'accélère.

Les segments de l'ambulance sont concurrencés par une multitude d'acteurs (croix rouge, verte, jaune...), ce qui transforme le secteur en une véritable guerre de tranchées à laquelle les ambulanciers privés doivent se préparer et « s'armer » en conséquence.



2.4. POUR UN TRANSPORT SANITAIRE ETHIQUE, SOBRE ET AU CŒUR DE LA TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

La transformation de la profession d'ambulancier doit s'accompagner d'une évolution favorable de son image auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé et de l'opinion publique. Pour cela, trois leviers sont à activer :

- **Un renforcement de l'éthique et une répression sans concession des pratiques frauduleuses ou déloyales ;**
- **Une participation active à la décarbonation de l'économie et une politique de RSE ambitieuse ;**
- **Renforcer le poids de la filière dans le système de santé.**

Cette négociation 2023 devrait être l'aboutissement de tout ce qui a déjà été mis en place en le généralisant et l'imposant à toute la profession. Il ne peut pas y avoir une partie, même minoritaire, qui s'affranchit des pratiques de bonne conduite et de transparence pendant que la grande majorité de la profession s'y plie.

Les mesures destinées à assurer les bonnes pratiques et la transparence de l'activité sont à rendre obligatoires pour tous, sans quoi le conventionnement avec l'assurance maladie serait remis en cause pour ceux qui refusent. La géolocalisation, la prescription dématérialisée... tout ce qui est structurant pour garantir la probité et la transparence sont à généraliser au plus vite.

Cette convention devrait aussi être celle de la prise de conscience que toute pratique polluante doit être maîtrisée et réduite au maximum au cours du temps. La notion de sobriété est à placer au cœur de la transformation du système. Si cela passe par le développement rapide du transport partagé, le renouvellement de la flotte de véhicules en fait aussi partie.

Pour cela, un plan global de décarbonation de l'activité des transports sanitaires devrait être conçu par une équipe dédiée afin de définir les orientations à prendre, la stratégie à mettre en place et prévoir les investissements nécessaires sur une période à définir. À la suite de ce plan qui devrait être approuvée par toute la profession, les mesures sont à intégrer dans le programme de RSE des entreprises.

Enfin, la montée en compétences des ambulanciers, la transformation proposée dans ce rapport permettront à la profession de se renforcer dans le système de santé en demandant une meilleure reconnaissance et sa juste place dans le futur système. Si le secteur mène les transformations proposées, cette évolution se fera assez naturellement et l'avenir sera prospère car les besoins sont croissants, alors que s'il résiste au changement, l'avenir est à haut risque.



3. BIBLIOGRAPHIE

1. Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale précitée – Octobre 2019 (pages 260-261)
2. Notice technique n° CIM-MF-354-5-2019 - Campagne tarifaire et budgétaire 2019 - Financement des transports intra et inter établissement -ATIH- [ici](#)
3. SFMU- Dépêche APM du 02/08/2021- [ici](#)
4. Décarbonons la santé pour soigner convenablement – Rapport intermédiaire – Juin 2021
5. Les transports sanitaires-Rapport d'information pour l'Assemblée Nationale- Par Julien Borowczyk et Josiane Corneloup-16 février 2022
6. Décision du 16 janvier 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie - NOR : AFSU1704105S – ELI- <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2017/1/16/AFSU1704105S/jo/texte> [JORF n°0037 du 12 février 2017](#)
7. L'assurance maladie- réunion des transports sanitaires – 20 décembre 2022
8. Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires-Rapport IGS, IGAS – Avril 2016
9. Arrêté du 31 octobre 2022 relatif à la formation aux actes professionnels pouvant être accomplis par des ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente.
10. Observatoire national des transports sanitaires 2019-KPMG
11. Observatoire national des transports sanitaires 2020-KPMG
12. Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2023
13. Les dépenses de santé en 2021- Edition 2022- Drees

CONTACT

**Fédération nationale
des ambulanciers privés**

www.fnap.fr *

Tél. : 01 80 91 88 10

E-mail : secretaire@fnap.fr

Adresse : 6 bd de Sébastopol - 75004 PARIS