

Chapitre XI

Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

PRESENTATION

Un patient peut avoir à se déplacer pour bénéficier de soins ou pour regagner son domicile notamment en cas d'hospitalisation. Les dépenses de transport prises en charge à ce titre par l'assurance maladie se sont élevées, en 2010, à 3,5 Md€ pour plus de 65 millions de trajets effectués et plus de cinq millions de bénéficiaires. Ce poste, important en termes d'accès aux soins, augmente systématiquement à un rythme plus soutenu que les autres dépenses de soins et équivaut désormais à lui seul à la moitié des remboursements des consultations des médecins généralistes.

La Cour a cherché à analyser les raisons de cette forte dynamique et à apprécier les effets des différents modes de régulation progressivement mis en place pour une meilleure maîtrise de cette dépense²⁸³.

Elle a constaté que les déterminants de cette dernière demeuraient insuffisamment étudiés, malgré son poids élevé et alors même que les évolutions du système de soins et des pathologies se conjuguent pour en renforcer la nécessité (I), que les dispositifs de maîtrise, qu'il s'agisse des mécanismes d'incitation à une prescription mieux ciblée (II) ou de la limitation de l'offre (III), étaient mal conçus, offrant des possibilités de contournement d'autant plus aisées que le pilotage de l'activité de transport, son contrôle et la lutte contre les fraudes et les abus sont très fortement insuffisants (IV).

Une action résolue et cohérente permettrait pourtant de dégager des économies très significatives.

I - Des dépenses élevées et insuffisamment analysées

A – Un poste qui reste en forte progression

Les transports de patients se sont élevés, pour l'année 2010, à 3,5 Md€ pour un volume de 65,4 millions de trajets, soit 2,1 % des dépenses d'assurance maladie. En 2009, 5,1 millions de personnes, soit 8 % de la population, ont eu recours à un transport remboursé par le seul régime général, avec en moyenne 13,1 trajets par personne transportée.

283. L'enquête de la Cour a été conduite auprès des administrations et caisses nationales concernées et auprès des CPAM de l'Aube, des Bouches-du-Rhône, du Calvados, de la Manche, du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et du Val-d'Oise, de MFP-Services, de la caisse de MSA des Côtes Normandes, des ARS d'Alsace, d'Île-de-France, de Basse-Normandie et de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de l'AP-HP.

Les règles générales de prise en charge des transports de patients

Les déplacements à la charge de l'assurance maladie sont effectués soit en ambulance (véhicule conçu et équipé pour le transport sanitaire répondant à des critères techniques précis et dont l'équipage est composé de deux personnes²⁸⁴), soit en taxi conventionné par l'assurance maladie ou en véhicule sanitaire léger (VSL, voiture de tourisme de couleur blanche avec étoile bleue équipée d'un matériel de premier secours²⁸⁵), soit en voiture particulière ou en transports en commun.

Le mode de transport est déterminé par le médecin en fonction de l'état du patient : il s'effectue en ambulance notamment lorsque le patient doit être transporté en position allongée ou demi-assise ; indifféremment en taxi ou en VSL notamment lorsque le patient présente une déficience ou une incapacité soit physique invalidante nécessitant une aide au déplacement soit intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission d'informations nécessaires à l'équipe soignante (il s'agit alors d'un transport assis professionnalisé - TAP -) ; sinon en voiture particulière ou en transports en commun.

Lorsque le patient n'est pas atteint par une affection de longue durée (ALD), le transport est pris en charge (au taux de 65 %) par l'assurance maladie s'il est lié à une hospitalisation (entrée ou sortie d'hospitalisation), quel que soit le mode utilisé ; s'il doit être effectué en ambulance, ou si la distance à parcourir est supérieure à 150 km ou encore s'il s'agit de transports en série²⁸⁶ ; enfin dans les cas d'urgence, lorsque le transport est décidé par le service d'aide médicale d'urgence (SAMU).

Lorsque le patient est atteint d'une ALD et que le transport est lié aux traitements ou examens relatifs à cette affection, le taux de remboursement est de 100 %. De plus, les transports en taxi ou en VSL (TAP) liés aux examens ou consultations sont aussi pris en charge, alors qu'ils ne le sont pas lorsque le patient n'est pas atteint par une ALD.

C'est le médecin qui établit la prescription de transport, sur laquelle il indique, selon l'état du patient, le mode de transport approprié. Seuls les transports sur une distance supérieure à 150 km et les transports en série nécessitent un accord préalable de l'assurance maladie.

Enfin, dans certains cas, un transport peut être pris en charge par un établissement de soins, sur son budget propre, notamment lorsqu'il correspond à un transfert entre deux sites d'une même entité juridique, c'est-à-dire deux hôpitaux d'un même groupe hospitalier (transfert intra-hospitalier).

284. Son équipage est composé d'un ambulancier titulaire d'un diplôme d'Etat d'ambulancier (DEA) obtenu après une formation de 18 semaines et d'un auxiliaire ambulancier (70 heures de formation), disposant tous deux d'un permis de conduire de catégorie B.

285. Un VSL est conduit par un auxiliaire ambulancier ou un ambulancier.

286. On parle de transports en série lorsque quatre transports au moins sont prescrits au titre d'un même traitement au cours d'une période de deux mois, chaque transport étant effectué vers un lieu distant de plus de 50 km.

Les transports de patients pris en charge en 2010

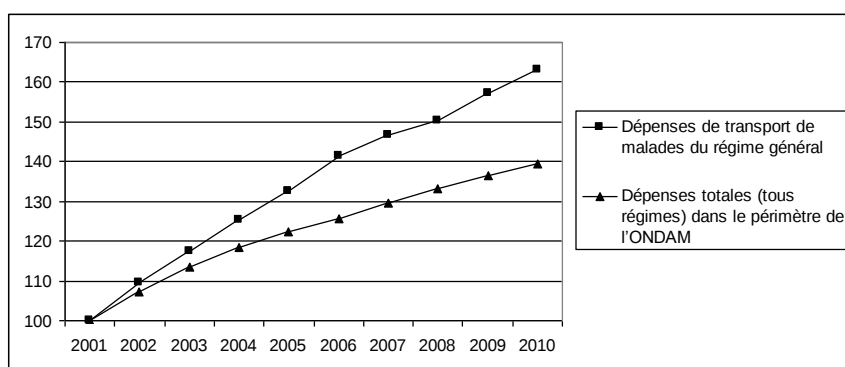
	Nombre (millions)	Montant (Md€)	Répartition
Transports en ambulance pris en charge par l'assurance maladie (y compris transports urgents pré-hospitaliers)	15,3	1,3	37 %
Transports assis professionnalisés (TAP) pris en charge par l'assurance maladie	50,1	1,9	54 %
<i>Transports en VSL</i>	<i>25,1</i>	<i>0,8</i>	<i>23 %</i>
<i>Transports en taxis</i>	<i>25,0</i>	<i>1,1</i>	<i>31 %</i>
Transports pris en charge par les hôpitaux	-	0,2	6 %
Indemnités de garde pour les transports urgents pré-hospitaliers	-	0,1	3 %
Total	65,4	3,5	100 %

Source : Cour à partir des données de la CNAMTS relatives au régime général et de l'AP-HP

Depuis plusieurs années, la structure des dépenses se déforme au profit des ambulances et des taxis, alors que les dépenses de transport en VSL sont stables ou diminuent très légèrement (-0,2 % par an en moyenne sur la période 2007-2009).

Globalement, les dépenses de transport prises en charge par l'assurance maladie ont augmenté de façon beaucoup plus rapide que les autres dépenses de l'assurance maladie : entre 2001 et 2010, l'augmentation a été de 63,0 % alors qu'elle était de 39,4 % pour les dépenses dans le périmètre de l'ONDAM, comme le montre le graphique suivant.

Evolution des dépenses de transport en montant comparée à celle des dépenses dans le périmètre de l'ONDAM (base 100 en 2001)



Source : Rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale

L'augmentation des dépenses en volume ralentit en passant de 6,5 % en moyenne sur la période 2000-2006 à 3,5 % sur 2007-2010. Cette inflexion tardive a néanmoins été insuffisante pour ramener la progression au niveau de celle de l'ONDAM.

B – Des déterminants mal connus

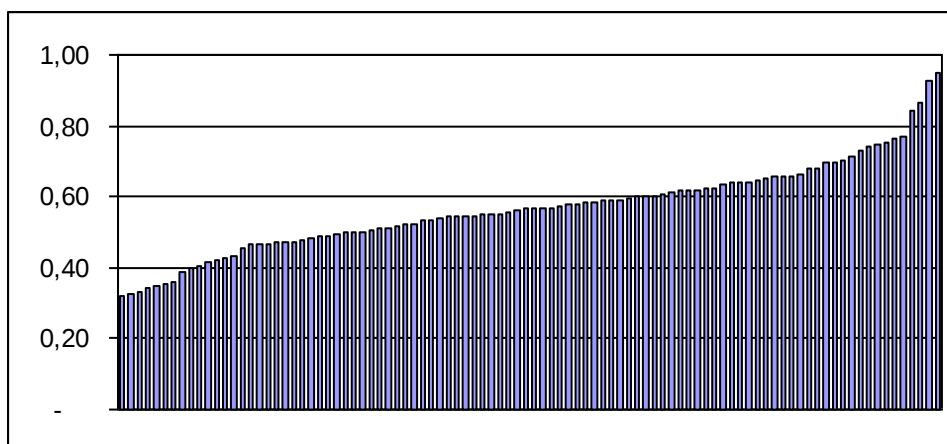
Plusieurs facteurs influent a priori sur la consommation de transport : notamment l'état de santé de la population, la structuration de l'offre de soins, les habitudes des médecins en matière de prescription de transport et enfin l'offre de transport. Mais aucune étude approfondie n'a été réalisée pour comprendre l'articulation de ces déterminants. Une maîtrise durable des transports ne peut cependant faire l'économie d'une telle démarche. L'évolution des pathologies vers des situations de chronicité, les ré-articulations des prises en charge ambulatoires et hospitalières qui en résultent dans le cadre d'un parcours de soins et la réorganisation territoriale de l'offre sanitaire ne peuvent qu'avoir un impact fort sur la demande de transport. Pour autant, cette dynamique aux enjeux considérables en termes d'égalité et de facilité d'accès aux soins comme de coût ne fait pas l'objet d'analyses suffisantes. Les travaux réalisés par la CNAMTS apportent cependant, malgré leurs limites, un premier éclairage précieux :

- les patients atteints d'une ALD représentent ainsi, selon ces derniers, 59 % des personnes transportées et, du fait de la fréquence plus élevée des transports les concernant, 83 % des dépenses de transport. Cinq ALD sur 31 représentent 46 % des dépenses totales de transport : le cancer, les pathologies cardiovasculaires, les affections psychiatriques, le diabète et l'insuffisance rénale chronique²⁸⁷. Les coûts annuels de transport par patient sont relativement homogènes pour quatre de ces pathologies (565 € à 954 €) et beaucoup plus élevés pour les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique (4 652 €), du fait du nombre de trajets par patient transporté (96 trajets par an).
- l'évolution des taux de recours (rapport du nombre de patients utilisant un mode de transport remboursé par l'assurance maladie sur le nombre de patients atteints de l'ALD) constitue un des principaux éléments d'explication de l'augmentation continue des dépenses de transport. Cette évolution est variable selon l'ALD : ainsi, entre 2006 et 2009, le taux de recours progresse davantage pour le cancer (de 29 à 36 %) et pour les affections psychiatriques (de 23 à 29 %) que pour l'insuffisance rénale chronique (de 44 à 48%) et surtout pour le diabète (de 17 % à 18 %) ;

287. En ne prenant en compte que les patients atteints d'une seule ALD.

- ce sont les médecins exerçant en établissement qui prescrivent le plus de transports : ils sont à l'origine de 53 % des dépenses, si l'on ne tient pas compte des transports d'urgence déclenchés par les SAMU. 37 % des transports (en montant) sont prescrits par les médecins libéraux de ville, les médecins généralistes étant à l'origine de la moitié de ces prescriptions. Les 10 % restant résultent des transports d'urgence confiés par les SAMU aux transporteurs sanitaires privés (cf. ci-après) ;
- le recours aux transports varie considérablement selon les départements. La consommation totale peut être approchée²⁸⁸ par la somme du nombre de trajets en ambulance et du nombre de transports assis ramené à un « équivalent ambulance »²⁸⁹. Par département, ce nombre de trajets en 2010 rapporté à la population protégée, varie dans un rapport de 1 à 3, soit de 0,32 à 0,95, la valeur moyenne étant de 0,54. La distribution des départements est donnée par le graphique suivant.

**Distribution des départements en fonction du nombre total de trajets²⁹⁰
en « équivalent ambulance » par bénéficiaire en 2010**



Note de lecture : chaque trait vertical représente un département. Ceux-ci sont classés en fonction du nombre moyen de trajets par bénéficiaire.

Source : CNAMTS – calculs Cour

288. Les montants remboursés par habitant ne sont pas pertinents dans la mesure où ils dépendent des distances parcourues, variables selon les départements.

289. Nombre de trajets TAP pondéré par 0,42, qui est le rapport entre le prix moyen d'un trajet en TAP (40 €) et celui en ambulance (95 €)

290. Remboursés par le régime général, hors sections locales mutualistes (SLM).

Les valeurs extrêmes correspondent d'une part aux départements des Hauts-de-Seine, de la Haute-Savoie, des Yvelines, de Paris, de la Savoie, du Rhône et de l'Ain (faibles consommateurs de transports, avec 0,32 à 0,36 trajets/hab.) et d'autre part aux départements des Alpes-Maritimes, de la Creuse, des Bouches-du-Rhône et de la Somme (forts consommateurs, avec 0,84 à 0,95 trajets/hab.). Le positionnement des départements des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône est dû aux transports en ambulance (0,58 et 0,57 trajets/hab., pour une moyenne nationale de 0,22) alors que celui de la Creuse et de la Somme est dû aux transports assis (1,66 et 1,38 par trajets/hab., pour une moyenne nationale de 0,75).

Une étude fine de ces disparités est indispensable pour un pilotage plus rigoureux d'une dépense dont les mécanismes de régulation connaissent des faiblesses préoccupantes.

II - Une action de maîtrise de la demande encore très partiellement mise en œuvre

L'augmentation continue de ce poste de charges a conduit à prendre de nombreuses dispositions pour mieux encadrer les prescriptions de transport. Celles-ci restent néanmoins insuffisantes pour assurer une maîtrise réellement efficace.

A – Un référentiel de prescription récent et insuffisamment respecté

L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale prévoit depuis 1986 que « les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire ». Mais l'arrêté qui précise ce qu'il faut entendre par « mode de transport le moins onéreux » n'a été pris que vingt ans après, en 2006, en établissant un référentiel de prescriptions. Celui-ci définit les conditions requérant un transport en ambulance (déficience ou incapacité nécessitant un transport en position allongée ou demi-assise) ou un transport assis professionnalisé (déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement).

Une prescription de transport mal formalisée

L'établissement de ce référentiel s'est accompagné d'une refonte des imprimés de prescription de transport. Ceux-ci comportent désormais deux volets, dont un, destiné au service médical des caisses (médecin conseil), permet au prescripteur de fournir la justification médicale du transport. S'agissant de ces informations médicales, ce volet n'est, dans les faits, pas toujours complété²⁹¹ ou l'est de façon souvent inexploitable et n'est transmis qu'exceptionnellement au médecin conseil. Cette transmission, lorsqu'elle a lieu, est faite généralement par l'intermédiaire du transporteur, c'est-à-dire sans respect du secret médical. De plus, la place laissée au prescripteur sur l'imprimé est insuffisante pour que celui-ci puisse justifier de façon explicite la nécessité de la prise en charge par l'assurance maladie.

Le respect du référentiel n'avait été vérifié, pour les sept caisses du régime général dans le périmètre de l'enquête de la Cour, que par la CPAM du Haut-Rhin (en 2007 et 2008)²⁹².

Seule la MSA évalue, avec une couverture nationale, la conformité des prescriptions au référentiel, sur deux points : le choix de l'ambulance comme mode de transport et, pour les patients en ALD, la justification du transport par un examen ou des soins en lien avec l'ALD. Comme le montre le tableau suivant, les taux de non-conformité relevés sont significatifs.

Evaluation par les médecins conseils des caisses de MSA du respect du référentiel de prescription de transport²⁹³

En %

	2007	2008	2009	2010
Taux de prescriptions en ambulance non justifiées	8,0	6,9	7,2	5,1
Taux de prescriptions sans rapport avec l'ALD	13,9	12,4	12,3	12,8

Source : CCMSA (bilan des actions de contrôle des facturations et des actions de contrôle des prescriptions de transport des malades)

291. Dans les hôpitaux où les médecins délèguent souvent à leur secrétaire le soin de remplir ce formulaire.

292. Sur 500 prescriptions contrôlées, 80 % ne comportaient pas de justification médicale et ont dû faire l'objet de demandes auprès des prescripteurs. In fine, la CPAM a notifié 66 indus. Ce contrôle avait d'ailleurs alors été considéré par certains médecins de ce département comme un « nouvel harcèlement des généralistes par l'assurance maladie ».

293. Par an, 2 650 à 4 680 prescriptions ont été contrôlées sur le premier point et 5 400 à 9 900 sur le second.

En faisant l'hypothèse que cette évaluation reste valable pour l'ensemble des régimes²⁹⁴, les conséquences du non-respect du référentiel de prescription seraient les suivantes :

- lorsque la prescription en ambulance n'est pas justifiée, soit au mieux seul un transport en TAP aurait dû être remboursé (pour les patients en ALD ou pour les transports liés à une hospitalisation), soit le transport n'aurait pas dû être pris en charge par l'assurance maladie (pour un transport sans rapport avec une ALD lorsque le patient se déplace pour des examens ou une consultation). Le surcoût serait de 40 M€²⁹⁵ ;
- lorsque le médecin indique à tort que le transport est en rapport avec l'ALD, soit au mieux le transport ne devrait être remboursé qu'à hauteur de 65 % et non de 100 % (pour un transport en ambulance, un transport avec une distance supérieure à 150 km ou un transport lié à une hospitalisation), soit le transport n'aurait pas dû être remboursé (lorsque le patient se déplace en VSL ou en taxi pour des examens ou une consultation). Le surcoût correspondant serait de 180 M€²⁹⁶.

Les dépenses injustifiées liées à l'application insuffisamment rigoureuse du référentiel de prescription seraient ainsi au total de l'ordre de 220 M€.

294. L'évaluation porte en effet sur l'ensemble des prescripteurs, ceux-ci ne soignant pas exclusivement les bénéficiaires de la MSA.

295. Le surcoût correspondant est au minimum de 40 M€ : 5,1 % des 15,3 millions de transports en ambulance facturés en moyenne à 95 € alors qu'ils auraient dû être facturés à 40 € (coût moyen d'un TAP), avec un taux moyen de remboursement de 94 %.

296. Les transports de patients en ALD représentent 1,1 Md€ pour les ambulances et 1,6 Md€ pour les TAP. 12,8 % des transports en ambulance auraient dû être remboursés à 65 % et non à 100 %, ce qui représente 49 M€. Sur les 12,8 % des dépenses de TAP (201 M€), en hypothèse haute, ces transports n'auraient pas dû être remboursés et, en hypothèse basse, ils n'auraient dû être remboursés qu'à 65 % (soit 131 M€ d'où un surcoût de 70 M€). Au total, le surcoût est donc compris entre 119 et 250 M€. La valeur médiane a été retenue (180 M€).

B – Une application peu rigoureuse de la règle de l'établissement le plus proche

La règle de l'établissement approprié le plus proche est appliquée peu rigoureusement.

La règle de l'établissement approprié le plus proche

Depuis 1986, la disposition législative du code de la sécurité sociale relative à la prise en charge du trajet le moins onéreux est déclinée, dans la partie réglementaire du code, selon la finalité du transport, de deux façons :

- pour les transports liés aux traitements ou aux examens, la prise en charge du transport se fait sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du patient de la structure de soins appropriée la plus proche. Il s'agit de la règle de l'établissement approprié le plus proche ;
- pour les transports liés à une hospitalisation, la règle de l'établissement le plus proche ne s'applique que lorsque le transport se fait sur une distance supérieure à 150 km. Le transport est toujours remboursé dès lors que l'établissement où est hospitalisé le patient est distant de moins de 150 km du lieu de prise en charge et, au-delà de 150 km, la justification du choix de l'établissement de soins est examinée par le service médical, dans le cadre de la demande d'accord préalable.

Dans les faits, l'assurance maladie n'applique la règle de l'établissement approprié le plus proche que lorsque le transport est soumis à accord préalable pour un transport sur une distance supérieure à 150 km. En effet, d'une part la CNAMTS a donné aux caisses l'instruction de ne pas contrôler le respect de la règle tant que la distance parcourue est inférieure à 150 km et, d'autre part, elle assimile les soins de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie à des hospitalisations, pour lesquelles la règle ne s'applique que si la distance à parcourir est supérieure à 150 km.

Pour les CPAM du périmètre de l'enquête, les services médicaux n'avaient au demeurant pas tous formalisé les critères les conduisant à donner ou refuser leur accord. De plus, pour certains d'entre eux, on ne pouvait être assuré du traitement effectif des demandes d'accord préalable. Dans cette situation, l'assurance maladie peut prendre en charge des transports injustifiés, les demandes non traitées étant de facto acceptées dans la mesure où seul le refus est notifié.

Une application stricte permettrait pourtant de contenir ces dépenses comme l'a démontré une étude de la CPAM du Val-d'Oise. Au travers de l'observation des transports prescrits par une clinique du

département pour des patients dialysés, la CPAM a mis en évidence que la non-application de la règle s'est traduite par un surcoût pour l'assurance maladie, évalué par la Cour à plus de 30 % des dépenses de transport pour ces patients.

Dans le cas d'une autre étude, la CPAM de l'Aube a constaté qu'un oncologue-radiothérapeute de l'agglomération de Troyes continuait à adresser ses patients pour des traitements à des établissements de Châlons-en-Champagne et de Reims, situés à 80 et 125 km, alors qu'il est possible depuis la fin de l'année 2010 de réaliser ces traitements à Troyes. Par an, les coûts de transport correspondants s'élèvent à environ 90 000 €, alors que si la règle de l'établissement le plus proche était appliquée, ces coûts seraient dix fois inférieurs²⁹⁷.

C – Une responsabilisation des acteurs encore très limitée

1 – La mise sous accord préalable des médecins de ville

La loi de 2004 relative à l'assurance maladie a créé une procédure d'accord préalable mise en œuvre pour les médecins prescrivant des transports en très grand nombre.

En 2008, à ce titre et pour la première fois, les prescriptions de transport de 76 médecins (65 généralistes et 11 spécialistes) ont été systématiquement soumises à un accord préalable du service médical des caisses pour une période pouvant aller jusqu'à six mois. Cette procédure a permis de ramener, en moyenne pour ces praticiens, le nombre mensuel de prescriptions de transport par médecin de 210 à 92, correspondant à une économie annuelle pour l'assurance maladie de 3 à 4 M€. L'effet de la mesure est pérenne puisque le nombre moyen de prescriptions par médecin n'a pas augmenté depuis qu'ils ne sont plus soumis à accord préalable. Ceci tend à montrer que leur niveau élevé de prescription résultait essentiellement de leurs pratiques habituelles.

Mais cette mesure n'a porté que sur un faible nombre de prescripteurs et ne peut s'appliquer, en l'état actuel des systèmes d'information, qu'aux médecins libéraux dans la mesure où l'assurance maladie ne dispose pas, pour les médecins hospitaliers, d'informations individuelles mais seulement globales au niveau de l'établissement.

297. L'étude des coûts a été faite pour 2010. Dans la mesure où les traitements ont continué à être assurés à Châlons-en-Champagne et à Reims, l'évaluation reste valable pour 2011.

2 – La régulation des dépenses au niveau de l'hôpital

Dans le souci de responsabiliser les établissements de santé au regard des transports prescrits par leurs médecins, qui sont à l'origine de 53 % des dépenses de transport (cf. ci-dessus), la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a prévu que des contrats soient établis entre les ARS, les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements hospitaliers dont les dépenses de transport résultant des prescriptions des médecins exerçant en leur sein ont connu une augmentation supérieure à un taux fixé annuellement, pour autant que ce dépassement soit occasionné par le non-respect du référentiel de transport. Ces contrats doivent prévoir un objectif de maîtrise des dépenses de transport qui, s'il n'est pas atteint, donne lieu à la prise en charge, par l'établissement, d'une partie des dépenses de transport. Dans le cas contraire, l'établissement bénéficie d'un reversement de la part de l'assurance maladie.

La mesure a été mise en œuvre en 2011 en ciblant 524 établissements, soit 38 % des établissements analysés²⁹⁸, pour lesquels le taux d'évolution dépassait 4 %, mais de manière imparfaite. En premier lieu, rien n'a été mis en place pour vérifier le respect du référentiel de prescription (cf. ci-dessus). Ensuite les systèmes d'information des établissements n'ont pas encore été modifiés afin de connaître, par médecin, les dépenses résultant des prescriptions de transport. Ainsi, l'outil de base permettant la connaissance fine des dépenses, indispensable pour les maîtriser, n'est pas encore en place.

Ce dispositif contractuel risque dans ces conditions d'être peu opérant. Il s'est substitué notamment à une disposition permettant, à titre expérimental, de faire prendre en charge par les hôpitaux sur leur budget certains transports, afin de responsabiliser les médecins hospitaliers en matière de prescription de transport²⁹⁹. Cette mesure sans lendemain était pourtant de nature à avoir immédiatement des effets très sensibles de maîtrise de la dépense, en obligeant les établissements à organiser beaucoup plus rigoureusement les transports à leur niveau.

En matière de transport de patients, l'hôpital représente en effet, sur le plan opérationnel, un point central : non seulement il concentre une part prépondérante des prescriptions, mais il constitue aussi, pour de nombreux trajets, leur point de départ ou de destination. Or l'organisation des transports à l'hôpital souffre de défauts importants, malgré les lignes

298. Soit 1 389 établissements correspondant aux établissements publics de santé (EPS) et aux établissements de santé privés d'intérêt public (ESPIC).

299. Article 64 de la LFSS pour 2008.

directrices édictées par l'administration en 2003, complétées par un référentiel diffusé en 2010.

Elles n'intègrent pas la participation des taxis et a fortiori l'articulation entre les taxis et les entreprises de transport sanitaire pour la réalisation des TAP. Cette articulation est pourtant indispensable, du fait de la part importante des TAP réalisés par les taxis et le déficit de VSL dans certains départements, comme à Paris et dans les départements de la petite couronne.

Ces instructions autorisent par ailleurs les hôpitaux, sans néanmoins les encourager, à déléguer la gestion centralisée des transports aux professionnels du transport sanitaire. Une telle délégation, outre le fait qu'elle éloigne l'hôpital du pilotage des transports, exclut de facto l'intervention des taxis pour les TAP.

Certains logiciels utilisés pour la gestion centralisée de transports, notamment à l'AP-HP, ne respectent pas au demeurant les règles du tour de rôle, en faisant appel aux entreprises de transport avec la même fréquence quelle que soit leur taille, ce qui avantage les petites structures.

Les transports à la charge des établissements hospitaliers

Certains transports de patients sont à la charge des hôpitaux, sur leur budget propre, notamment lorsqu'il s'agit de transferts intra-hospitaliers³⁰⁰. Le montant des dépenses correspondantes n'est pas connu au niveau national. Néanmoins, l'extrapolation réalisée à partir des informations relatives à l'AP-HP montre que ces transports représenteraient un montant de l'ordre de 0,2 Md€.

La politique actuelle de regroupement des établissements hospitaliers conduit à une augmentation de ces transports : un transport entre deux sites est considéré, avant regroupement, comme un transfert inter-hospitalier, a priori à la charge de l'assurance maladie et devient, après regroupement, un transfert intra-hospitalier, donc à la charge de l'hôpital.

Les travaux de la Cour sur les transferts intra-hospitaliers ont concerné essentiellement l'AP-HP et les constats réalisés ne sauraient être généralisés. Ceux-ci mettent néanmoins en évidence des points sur lesquels une attention particulière doit être apportée par les autres établissements :

- pour les transports dont elle a la charge, l'AP-HP a passé plusieurs marchés avec des transporteurs sanitaires pour les transports intra-hospitaliers en ambulance et en VSL. Les capacités en VSL des transporteurs choisis par l'AP-HP étant insuffisantes, les TAP ne sont pas réalisés dans les délais satisfaisants. Pour assurer une gestion fluide des

300. Ainsi que certains transports dits secondaires (transports entre deux structures hospitalières ne faisant pas partie du même groupe hospitalier).

transferts, les services de soins font appel, dans quasiment tous les cas, aux ambulances, même lorsqu'un TAP suffit ;

- les modalités de liquidation des factures de transport par l'hôpital ne permettent pas d'avoir une assurance suffisante de la réalité de la prestation et du montant facturé ;

- la diversité des règles de prise en charge des transports fait que les services de soins sont, pour certains transports, dans l'incapacité de déterminer si ceux-ci doivent être pris en charge par l'assurance maladie ou par l'hôpital.

Des améliorations peuvent cependant être attendues dans un proche avenir grâce à l'étude lancée en 2011 par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux relative à l'amélioration des transports sanitaires.

Malgré leur caractère tardif et limité, les efforts de maîtrise de la prescription ont sans nul doute contribué à l'infléchissement récent constaté dans la progression des dépenses de transport, mais ils ne peuvent permettre sa régulation durable que si dans le même temps les actions sur l'offre de transports se renforcent notablement.

III - Une offre de transports très mal maîtrisée et mal organisée

Les transports de patients sont effectués par des opérateurs relevant de deux catégories :

- les transporteurs sanitaires, pour les prestations de transports en ambulance (avec 13 745 véhicules en 2011) et de TAP (avec 14 510 VSL). Ils sont régis par le code de la santé publique et, pour ce qui concerne les conditions de prise en charge par l'assurance maladie, par celui de la sécurité sociale et par la convention liant les organisations professionnelles nationales et la CNAMTS, la CCMSA et le RSI ;
- les taxis, qui, avec 34 382 véhicules conventionnés par l'assurance maladie, ne proposent que des prestations de TAP. Ils sont régis par le code des transports et, concernant la prise en charge par l'assurance maladie, par des conventions individuelles, établies avec les caisses locales selon un modèle national décliné au niveau de chaque département.

Le contingentement de l'offre constitue l'outil premier de la maîtrise de la dépense. Mais les dispositifs mis en place à cet effet sont inefficaces.

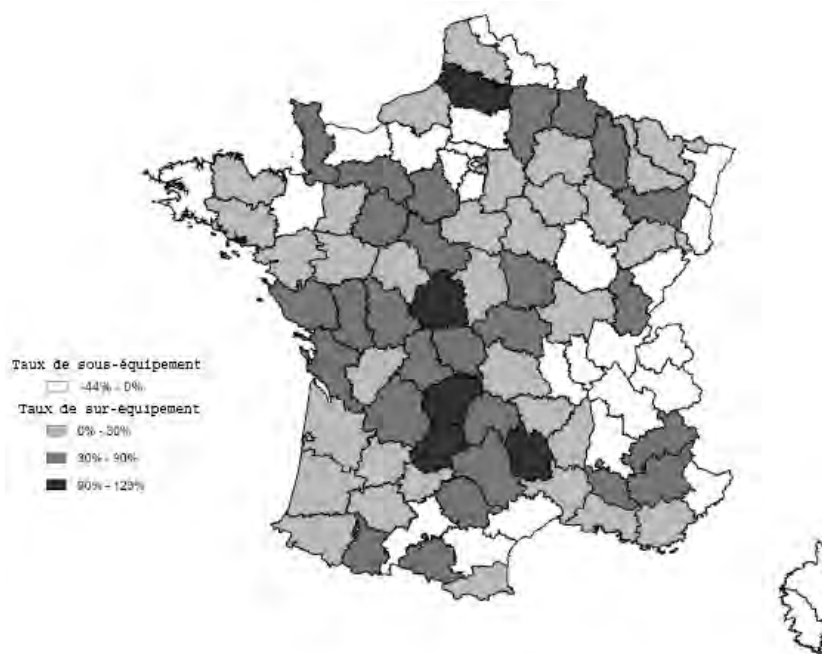
A – Un sur-équipement considérable en véhicules sanitaires

Le plafond limitant le parc d'ambulances et de VSL

Pour limiter le parc de véhicules utilisés pour le transport des patients, une disposition réglementaire a été introduite en 1995. Celle-ci permet de fixer un plafond global (ambulances et VSL) par département en fonction de ses caractéristiques (population totale résidant dans les communes des moins de 10 000 habitants et population totale résidant dans les communes de plus de 10 000 habitants), pouvant être modulé de plus ou moins 10 %. Ainsi, les départements ruraux, pour lesquels les patients sont transportés sur des plus longues distances, peuvent disposer, à population égale, d'un parc plus important³⁰¹.

Ce plafond n'est pas respecté pour plus des deux tiers des départements, qui représentent plus de la moitié de la population. Le dépassement moyen est de 12 % et, en se limitant aux seuls départements en dépassement, de 30 %. La représentation suivante montre la distribution des départements en fonction de leur positionnement

Situation des départements en fonction de leur position par rapport au plafond³⁰² du parc ambulances et VSL



Source : Cour des comptes d'après données CNAMTS

301. Par construction, le plafond est toujours compris entre 0,18 véhicules pour 1 000 habitants (pour un département constitué uniquement de communes de plus de 10 000 habitants avec la minoration de 10 %) et 5,5 (pour un département constitué uniquement de communes de moins de 10 000 habitants avec la majoration de 10 %).

302. Dans les calculs faits par la Cour, le plafond a été majoré et donc le dépassement minoré, dans la mesure où la modulation de +10 % a été systématiquement appliquée.

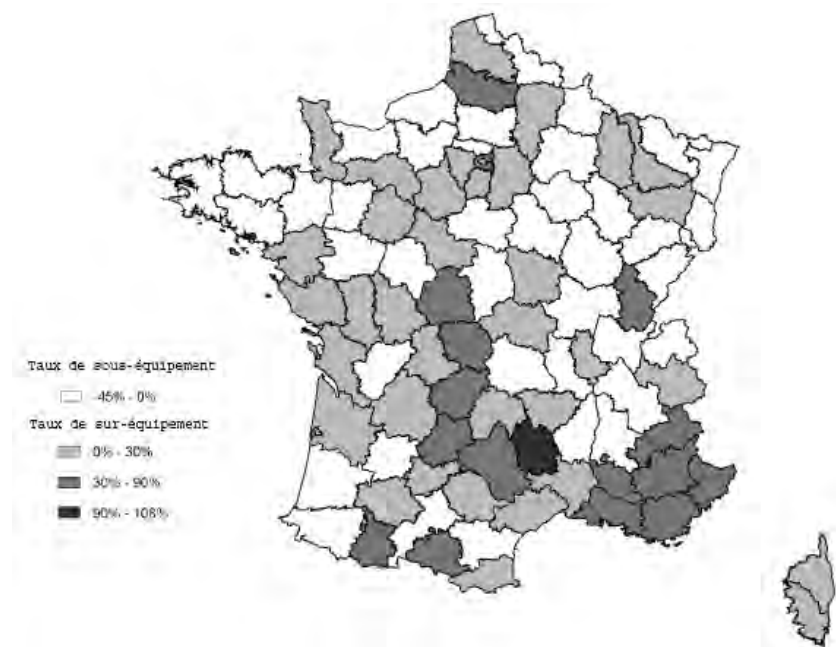
En se limitant aux départements les plus peuplés, ceux présentant un taux de dépassement élevé et donc un sur-équipement, sont les départements de la Somme (dépassement de 123 %), de la Réunion (100 %), de l'Aisne (65 %) et de Seine-St-Denis (54 %). A l'inverse, les départements dont le parc se situe le plus en dessous du plafond sont le Finistère (-44 %), l'Ain (-36 %), le Haut-Rhin (-28 %) et l'Indre-et-Loire (-26 %).

Ces dépassements sont notamment dus à l'importance du parc d'ambulances. Il n'existe certes pas de plafond spécifique aux ambulances puisque le plafond départemental de véhicules sanitaires est global pour les ambulances et les VSL.

Néanmoins, pour identifier les départements présentant une surcapacité de transport en ambulance, on peut considérer que, si un plafond existait, il devrait être équitablement réparti, pour chaque département, entre les VSL et les ambulances dans la mesure où, au niveau national, le nombre de VSL (14 510) est très proche de celui des ambulances (13 745).

En prenant cette hypothèse, la carte suivante présente la distribution des départements en fonction de leur sous ou sur-équipement en ambulances.

Situation des départements en fonction de leur taux de sous-équipement ou sur-équipement en ambulances



Source : Cour des comptes d'après données CNAMTS

En ne s'intéressant qu'aux départements les plus peuplés, ceux qui présentent un taux de dépassement élevé et donc un sur-équipement, sont la Réunion (+148 %), le Val-de-Marne (+108 %), la Seine-St-Denis (+74 %), les Alpes-Maritimes (+72 %), la Somme (+69 %) et les Bouches-du-Rhône (+66 %).

La transformation d'un VSL en ambulance n'étant soumise à aucune demande d'autorisation, les transporteurs jouent de cette possibilité pour augmenter leur parc d'ambulances en diminuant le nombre de VSL. Ils continuent alors à assurer les transports assis en s'équipant de taxis pour lesquels les règles de contingentement sont, en zone rurale, peu contraignantes.

Les transporteurs sanitaires peuvent aussi céder, avec les véhicules, les autorisations de mises en service correspondantes³⁰³, même lorsque le parc de véhicules sanitaires du département est excédentaire.

Si la mise en œuvre de ces deux dispositions avait été conditionnée au non-dépassement du plafond, les sur-équipements en ambulances auraient certainement pu être mieux maîtrisés.

B – Des règles de contingentement des véhicules de transports assis faciles à contourner

Les TAP sont assurés à 60 % (en montant) par les taxis et à 40 % par les VSL, ces deux parcs étant soumis à des règles de contingentement différentes.

Depuis 2008, pour être conventionné par l'assurance maladie, un taxi doit avoir été exploité de façon effective et continue depuis plus de deux ans. Cette disposition n'a eu qu'un effet tout relatif, puisqu'entre le 31 décembre 2008 et le 30 septembre 2011, soit en moins de trois ans, le parc de taxis conventionnés a augmenté de 18 %.

Les VSL sont soumis à une autre règle, puisque les autorisations de mise en service de VSL sont données aux entreprises de transport sanitaire tant que le plafond départemental, pour lequel il n'est pas fait de distinction entre les VSL et les ambulances, n'est pas atteint.

Le parc de VSL est en légère diminution (-0,5 % entre 2009 et 2011). En effet, les entreprises de transport sanitaire transforment leurs autorisations relatives aux VSL en autorisations de mise en service d'ambulances, cette transformation étant possible dès lors que

303. Dans le département des Bouches-du-Rhône, la cession d'une autorisation de mise en service d'une ambulance se négocie pour un montant de 250 000 €.

l'autorisation est accordée depuis plus d'un an. En zone rurale, les entreprises de transport sanitaire, qui exploitent aussi très souvent des taxis³⁰⁴, substituent alors, pour continuer à assurer les transports assis, les taxis aux VSL.

Du fait de ce contournement, l'offre de TAP se développe ainsi continûment : le parc cumulé de taxis et de VSL a augmenté de 6,2 % entre 2009 et 2011. Dans certains départements, tels la Manche, le parc de véhicules destinés aux TAP et celui des ambulances ont même cru simultanément³⁰⁵, alors même que le plafond départemental de véhicules sanitaires était déjà dépassé de plus de 40 %.

C – Une garde ambulancière à réformer

Deux services publics ont pour mission les secours et soins d'urgence à la population : les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)³⁰⁶. Lorsqu'un appel téléphonique relatif à l'aide médicale d'urgence adressé au centre 15 (SAMU) ou au SDIS ne nécessite pas l'engagement de moyens du service médical d'urgence et de réanimation (SMUR) ou du SDIS, il est traité par le SAMU. Celui-ci peut alors demander l'intervention d'une entreprise de transport sanitaire pour effectuer un transport non médicalisé par ambulance vers un établissement de soins. Il s'agit alors d'un transport urgent pré-hospitalier.

304. Par exemple, dans la Manche, 39 entreprises de transport sanitaire sur 46 exploitent aussi des taxis, dans l'Aube 23 sur 30 et dans le Calvados, 16 sur 40.

305. Le nombre d'ambulances autorisées est passé de 136 à 145 et le nombre cumulé de taxis et de VSL (TAP) de 471 à 473.

306. Les services départementaux d'incendie et de secours ont fait l'objet d'un rapport public thématique de la Cour en décembre 2011.

La garde ambulancière

Pour répondre aux demandes formulées par le SAMU le samedi, le dimanche et la nuit, la LFSS pour 2003 a créé un dispositif de garde ambulancière. Chaque département a été divisé en secteurs (en général six à huit) et l'agence régionale de santé (ARS) affecte, par période de garde, à un secteur une entreprise qui doit être prête à faire intervenir une ambulance à la demande du SAMU. L'entreprise de garde perçoit, par période de 12h00, une indemnité de 346 €. En contrepartie, un abattement de 60 % sur le tarif conventionnel³⁰⁷, hors suppléments, est appliqué sur les transports réalisés dans le cadre de la garde.

Lorsque le SAMU ne réussit pas à mobiliser l'ambulance de garde (ou dans la journée, une ambulance disponible), il fait appel au SDIS pour assurer le transport du patient. Il s'agit alors d'une carence ambulancière, qui fait l'objet d'une indemnisation du SDIS par l'hôpital siège du SAMU, d'un montant fixé en général à 105 € par intervention.

Le coût total, pour l'assurance maladie, du dispositif de transport urgent pré-hospitalier s'est élevé en 2010 au total à 260 M€.

Coût des transports d'urgence pré-hospitaliers en 2010

	Nombre	Montant (M€)
Transports effectués par les transporteurs sanitaires	1 314 583	97,7
<i>Transports hors période de garde</i>	664 513	63,9
<i>Transport en période de garde</i>	650 070	33,7 ³⁰⁸
Gardes	421 162	145,7
Carences ambulancières	160 998	16,9
Total	-	260,3

Source : CNAMTS et DGOS – retraitements Cour

L'avenant à la convention nationale liant l'assurance maladie aux organisations professionnelles de transporteurs conclue en 2003 prévoyait que le dispositif soit évalué en 2003. Cette évaluation a été régulièrement reportée.³⁰⁹ L'avenant de mars 2008 ne prévoit plus d'évaluation mais renvoie les améliorations du dispositif de garde à la « future convention », sans précision sur cette échéance³¹⁰.

307. Par rapport à un transport de jour prescrit par un médecin, un transport urgent pendant la période de garde donne lieu à une majoration de nuit (+75 %) ou de fin de semaine (+50 %) et à un supplément pour urgence (21,67 €).

308. L'abattement de 60 % sur les transports de garde est donc de 50,5 M€ (33,7 / 40x 60 M€).

309. Le rapport sur la rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre établi par M. Eyssartier en 2010 à la demande du ministre de la santé traite aussi des transports urgents pré-hospitaliers, mais il ne peut être considéré comme une évaluation du dispositif.

310. La convention a une durée de cinq ans et est renouvelable par tacite reconduction.

Si cette évaluation n'a pas été menée, les difficultés observées en matière de garde ambulancière ont conduit à ouvrir dans la loi de financement pour 2012 la possibilité d'expérimenter de nouvelles règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers. A ce stade, les modalités de ces expérimentations n'ont pas encore été définies et celles-ci ne devraient de ce fait être engagées qu'à compter de 2013.

A l'occasion de son enquête, la Cour a constaté que l'organisation et la tarification du dispositif de transports d'urgence pré-hospitalière souffraient de deux défauts majeurs.

Le premier porte sur l'abattement de 60 % sur les tarifs de transport. Dès lors que le nombre d'interventions pendant une période de garde dépasse deux ou trois, la marge de l'entreprise de transport devient négative, ce qui ne l'incite pas à répondre aux demandes du SAMU et génère des carences ambulancières.

Le second défaut est que le nombre d'interventions est très variable d'un secteur de garde à l'autre. Ainsi, par exemple, dans certains départements³¹¹, il n'est fait appel, en moyenne, à l'ambulance de garde qu'à peine plus d'une fois par semaine. Le coût moyen d'un transport pour ces départements peut alors devenir prohibitif et dépasser les 1 600 €. Il serait alors plus économique de supprimer la garde ambulancière pour les secteurs donnant lieu à un faible nombre d'interventions et de faire appel en cas de besoin aux services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), qui, en tout état de cause, doivent prévoir un dispositif d'astreinte.

La refonte du système de garde, d'une part, en supprimant l'indemnité de garde et l'abattement de 60 % et, d'autre part, en remplaçant l'obligation de garde pour les secteurs où la sollicitation de l'ambulance de garde est peu fréquente par un recours au SDIS, permettrait une économie nette de l'ordre de 95 M€³¹².

311. Corse-du-Sud, Loire-Atlantique, Lozère.

312. Montant correspondant à la suppression de l'indemnité de garde (145,7 M€) diminué du surcoût résultant de la suppression de l'abattement sur les transports de garde (50,5 M€). Dans les secteurs où les interventions sont peu fréquentes, les transports confiés aux SDIS du fait de la suppression de la garde ambulancière sont valorisés comme les transports confiés aux ambulanciers, c'est-à-dire à 129,60 € en moyenne.

IV - Un pilotage et des contrôles insuffisants

A – Un pilotage déficient

1 – Pour les taxis, une relation ténue avec l'assurance maladie

Sauf pour certaines situations particulières, les autorisations de stationnement, nécessaires pour exploiter un taxi, sont données par les maires, qui ne sont pas liés par l'avis consultatif donné par une commission départementale. C'est le cas notamment dans les communes de moins de 20 000 habitants. Ainsi, même si les caisses locales d'assurance maladie sont souvent représentées au sein de ces commissions, les autorisations sont accordées sans prendre réellement en compte la demande en matière de transport de patients, alors que ces transports représentent, en moyenne, la moitié de l'activité des taxis³¹³.

En ce qui concerne les relations avec l'assurance maladie, le seul lien de celle-ci avec les taxis consiste en une convention individuelle déclinée de manière très diverse selon les caisses à partir d'un modèle national arrêté par le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Par ailleurs, il n'existe aucune statistique fiable sur ce secteur d'activité, tant en matière d'importance du parc que de chiffre d'affaires, seule l'assurance maladie disposant d'informations, qui ne sont au demeurant que partielles. Elles ne portent en effet que sur une partie du parc (les taxis conventionnés) et de l'activité de ces derniers (le transport de patients).

2 – Des principes de tarification différents

Les transports de patients font l'objet de deux tarifs distincts : d'une part celui s'appliquant aux entreprises de transport sanitaire (ambulances et VSL) et d'autre part celui des taxis.

Le tarif des ambulances et des VSL est prévu par la convention nationale entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles

313. A titre d'exemple, en se limitant aux transports remboursés par le régime général et sans prendre en compte les SLM, le chiffre d'affaires annuel moyen par taxi conventionné généré par les transports de patients était supérieur, en 2009, à 30 000 € dans 18 départements (Orne, Moselle, Aube, Drôme, Haute-Marne, Val-d'Oise, Isère, Indre, Jura, Alpes-de-Haute-Provence, Haute-Saône, Loiret, Ain, Pyrénées-Orientales, Haute-Savoie, Vaucluse, Gard, Var).

de transport sanitaire, établie en 2002 puis modifiée ensuite par voie d'avenant. Le montant d'un transport est constitué d'une prise en charge (dépendant, pour les VSL, du département et pour les ambulances, du fait que le transport ait lieu en agglomération ou non), d'un tarif kilométrique, de majorations (nuit ou week-end) et de suppléments (transports à l'initiative du SAMU, transports de prématurés...). Les tarifs ont été régulièrement revalorisés depuis 10 ans, avec au total, pour les cas types étudiés par la Cour, des augmentations entre 2003 et 2013³¹⁴ de 22 à 24 % pour les ambulances et de 48 à 61 % pour les VSL.

Les principes de tarification des taxis sont différents. Le montant facturé est établi à partir du tarif préfectoral des taxis amendé de règles particulières (il s'agit en général de remises sur le tarif) négociées au niveau départemental avec l'assurance maladie et formalisées dans la convention liant le taxi et la caisse locale. Ainsi, le montant facturé à l'assurance maladie par les taxis est constitué, comme le tarif public :

- d'une prise en charge ;
- du montant de l'approche, qui est la distance parcourue entre le lieu où était le taxi lorsqu'il a été appelé et le lieu de chargement à laquelle est appliqué le tarif kilométrique ;
- du montant du trajet proprement dit, de la distance parcourue entre le lieu de prise en charge et le lieu de destination à laquelle est appliqué le tarif kilométrique, le cas échéant majoré du montant correspondant au temps d'attente ou de marche lente.

Si les caisses d'assurance maladie peuvent vérifier la prise en charge et la facturation de la distance parcourue entre le lieu de chargement et la destination, aucun contrôle ne peut être effectué sur la facturation de l'approche et du temps d'attente ou de marche lente. Ceci a conduit quelques caisses à introduire des limitations sur ces éléments.

Le tarif kilométrique utilisé pose aussi des difficultés : en général, le taxi peut choisir, lorsque le transport est composé d'un trajet aller et d'un trajet retour, par exemple en cas d'examen à réaliser à l'hôpital, entre d'une part, deux trajets avec retour à vide et, d'autre part, un aller-retour avec facturation du temps d'attente. Les conventions ne traitent que rarement ce point. Elles permettent donc aux taxis d'optimiser leur facturation, aux dépens de l'assurance maladie.

314. C'est-à-dire en prenant en compte les deux modifications tarifaires (l'une au 1^{er} avril 2012 et l'autre au 1^{er} février 2013) prévues par l'avenant 6 à la convention signé en juillet 2011.

Enfin, une part importante d'entreprises de transport sanitaire exploite à la fois des taxis et des VSL. Elles ont donc la capacité de choisir, en fonction des caractéristiques du transport, le véhicule permettant d'optimiser leur facturation alors que les prestations sont strictement identiques, sauf en ce qui concerne les signes distinctifs des véhicules utilisés.

Ainsi, au final, en 2010, le montant moyen d'un trajet en taxi est de 31 € pour les VSL et de 48 € pour les taxis.

3 – Un pilotage local mal partagé entre les ARS et les CPAM

Pour fonctionner une entreprise de transports sanitaires à besoin d'être agréée par l'ARS et conventionnée par la caisse locale d'assurance maladie.

C'est le directeur général de l'ARS qui agréé les entreprises de transport sanitaire, après avoir vérifié l'existence des véhicules et de leurs équipages ainsi que la conformité par rapport à la réglementation et accorde les autorisations de mise en service des véhicules (ambulances et VSL), en fonction de l'importance du parc par rapport au plafond défini par la réglementation. Les services de l'ARS effectuent aussi des contrôles programmés ou inopinés. En cas de non-respect de la réglementation, le directeur général peut prononcer des sanctions, qui vont jusqu'au retrait définitif d'agrément.

Avant de prendre une décision relative aux transports sanitaires, il est tenu de consulter le sous-comité des transports sanitaires, constitué au niveau départemental, coprésidé par le préfet du département et comprenant notamment les représentants des organisations professionnelles des transporteurs sanitaires. Mais, de droit, aucun représentant des caisses locales d'assurance maladie n'y participe, alors que ces dernières sont les interlocuteurs au quotidien des entreprises, notamment en matière de facturation.

C'est un autre cadre qui définit les relations entre les transporteurs sanitaires et les caisses d'assurance maladie (tarifs applicables, modalités de remboursement des frais de transport...) : chacun des transporteurs adhère, auprès de la CPAM, à la convention nationale établie entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles. Les directeurs des caisses locales peuvent aussi, après consultation d'une commission départementale à laquelle participent les représentants des organisations professionnelles, prononcer des sanctions pouvant aller jusqu'au déconventionnement. Mais si le retrait d'agrément d'un transporteur entraîne automatiquement son déconventionnement, l'inverse n'est pas vrai. Ainsi, une entreprise déconventionnée peut changer de raison sociale

et de gérant et reprendre une activité avec un autre agrément, ce qui réduit fortement les conséquences de la sanction prise par la CPAM.

Enfin, l'administration centrale n'élabore pas de statistiques nationales et les ARS n'ont pas constitué de répertoire national des agréments et des véhicules de transport sanitaire. C'est l'assurance maladie, à des fins de gestion de la facturation, qui a mis en place un tel répertoire, le référentiel national des transports (RNT), accessible par les caisses au moyen d'une application informatique. Mais les ARS n'ont pas accès à ce répertoire, bien qu'elles soient à l'origine d'une part importante des informations contenues dans celui-ci.

4 – La question du libre choix du transporteur

L'article L. 1110-8 du code de la santé publique pose le principe du libre choix, par le patient, de son praticien. Les transporteurs sanitaires ou les taxis ne répondant pas à la définition du praticien, le principe législatif du libre choix ne s'applique donc pas en la matière. Si l'article R. 6312-16 du même code mentionne le libre choix en matière de transport, cette disposition réglementaire, située dans la partie relative aux obligations des transporteurs sanitaires, porte en réalité sur le libre choix par le patient du praticien ou de l'établissement de soins auprès duquel il doit être transporté et non de l'entreprise de transport elle-même.

En définitive, le principe de libre choix du transporteur par l'assuré n'est prévu que par la convention nationale de 2002 liant l'assurance maladie et les organisations professionnelles de transporteurs sanitaires. Mais cette disposition conventionnelle n'est pas compatible avec l'obligation législative du recours au moyen de transport le moins onéreux³¹⁵. En effet, le libre choix permet au patient de refuser un transport partagé (transport simultané de plusieurs patients dans le même véhicule), dont le coût par patient transporté est inférieur à un transport isolé, ou à préférer un transport en taxi à un transport en VSL, ou réciproquement, même si le coût du mode de transport choisi est supérieur à celui qui n'a pas été retenu. Ainsi, la mise en œuvre du libre choix, auquel tous les transporteurs sont d'ailleurs très attachés, peut entraîner des surcoûts pour l'assurance maladie.

Dans les faits les CPAM procèdent au remboursement des factures de transport sans vérifier que le mode de transport utilisé (taxi ou VSL, transport isolé ou partagé) est le moins onéreux et l'impact financier du non-respect de la disposition législative n'a fait l'objet, jusqu'à présent, d'aucune évaluation.

315. Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

B – Une facturation mal contrôlée

Les transporteurs sanitaires et les taxis offrent très largement aux patients la possibilité d'utiliser le tiers payant et transmettent pour paiement aux caisses locales d'assurance maladie leurs factures, sous forme électronique pour plus de 90 % d'entre elles.

Mais ils n'ont pas la possibilité de lire les cartes Vitale des assurés : de ce fait, lorsque le transport ne peut être remboursé en raison de la situation administrative de l'assuré (bénéficiaire non connu de l'assurance maladie ou non considéré en ALD), le transporteur ne peut être réglé par l'assurance maladie et doit se retourner, souvent en vain, contre le patient pour obtenir le paiement du transport effectué.

Par ailleurs les pièces justificatives, c'est-à-dire les factures sous forme papier et les prescriptions de transports, doivent être envoyées aux caisses locales d'assurance maladie, parallèlement aux factures télétransmises. Mais ce n'est que très rarement que les caisses s'assurent de la présence, pour chacune des factures, des pièces justificatives et encore moins de leur conformité aux éléments facturés, les seuls contrôles avant paiement des factures étant effectués par le logiciel sur la facture électronique, sans d'ailleurs porter sur tous les éléments pertinents.

Ainsi, les vérifications suivantes, pourtant indispensables, ne sont en général pas effectuées :

- l'absence de modification de la prescription médicale de transport ;
- la distance facturée par rapport aux lieux de départ et d'arrivée. Ce contrôle n'est pas effectué pour les taxis et ne l'est, pour les transports en ambulance et VSL, que dans moins de la moitié des CPAM dans le champ de l'enquête ;
- la bonne application du tarif pour les taxis ;
- la conformité du moyen de transport facturé avec celui prescrit ;
- l'existence d'un accord préalable lorsqu'un tel accord est nécessaire.

L'absence de ces contrôles conduit immanquablement l'assurance maladie à procéder à des paiements indus. Dans le cadre des travaux nécessaires à la certification de ses comptes et à la demande de la Cour, la CNAMTS a mis en place un indicateur mesurant, par catégorie de professionnels de santé, le niveau des paiements indus qui auraient pu être évités par un contrôle adéquat des factures avant paiement. Pour les transports en 2010, ce niveau est de 5,5 %³¹⁶. Il est deux fois supérieur au

316. Ce taux correspond aux erreurs de facturation de pièces justificatives non conformes (prescriptions, factures papier) et à l'absence de pièces justificatives.

niveau moyen d'erreur mesuré pour les autres professionnels de santé et correspond, pour le seul régime général, sans tenir compte des sections locales mutualistes, à un montant payé indûment de 130 M€.

Même si certaines de ces erreurs résultent de pièces justificatives non conformes (ou absentes), par exemple du fait de l'absence de signature sur la facture papier et peuvent être corrigées sans avoir, in fine, de conséquences financières, le taux d'erreur mesuré est très probablement supérieur. En effet, dans le département des Bouches-du-Rhône, le taux d'indus retenu en 2010 pour le calcul de l'indicateur national est de 0,4 %, alors que le taux mesuré à partir d'un échantillon plus étendu³¹⁷ est de l'ordre de 16 %. Le montant d'indus de 130 M€ doit être ainsi considéré comme un minimum.

La CNAMTS a prévu de remplacer à brève échéance le système informatique de gestion et de vérification des factures de transport. Une des améliorations attendues porte sur le renforcement des contrôles effectués et devrait conduire à une diminution des indus. Mais ce nouveau système ne permettra pas d'améliorer de façon significative le contrôle des factures des taxis, dans la mesure où de nombreux éléments facturés ne peuvent donner lieu à un réel contrôle (cf. ci-dessus), sauf à faire évoluer de façon radicale la structure du tarif.

C – Une priorité à donner à la lutte contre les abus et les fraudes

Comme pour d'autres catégories de dépenses de l'assurance maladie, les transports font l'objet, depuis 2007, de plans de lutte anti-fraude définis au niveau national et mis en œuvre par les CPAM.

Ces plans reposent sur l'identification, au moyen de requêtes informatiques, d'entreprises pour lesquels les transports facturés présentent des atypies (en nombre de trajets par bénéficiaire, en nombre moyen de trajets par véhicule...), auxquelles sont ajoutées celles pour lesquelles les CPAM ont des suspicions. Les factures de ces entreprises font ensuite l'objet, a posteriori, de vérifications approfondies. Le bilan des suites des contrôles réalisés est donné par le tableau suivant.

317. Cet échantillon a été choisi, comme celui pour l'indicateur calculé pour la CNAMTS afin d'évaluer le niveau des erreurs de liquidation, de façon aléatoire.

**Bilans des suites données aux contrôles contre les abus et les fraudes
(2006 à juin 2012)**

	Nombre	Montant (K€)
Notification d'indus (nombre et montant notifié)	3 013	17 004
Application de pénalités financières (nombre de dossiers et montant des pénalités)	119	421
Transactions (nombre et montant de la transaction)	156	3 539
Actions civiles (nombre et montant réclamé par les CPAM)	19	538
Poursuites pénales (nombre et montant réclamé par les CPAM)	458	26 744
Procédures conventionnelles (nombre d'avertissements ou de déconventionnements)	241	-

Source : CNAMTS – Bilan au 4 juillet 2012

Ce bilan ne quantifie que la fraude et les abus détectés (de l'ordre de 50 M€), mais ne peut donner une mesure objective du niveau réel de fraude.

Il apparaît très sous-évalué par rapport à certains constats locaux faits par la Cour lors de son enquête. Ainsi, par exemple, lors la mise en œuvre du premier plan de contrôle national, seules les factures des transports réalisés au cours du mois d'octobre 2007, pour les entreprises identifiées, ont fait l'objet d'investigations de la part de la CPAM du Val-d'Oise et sont donc prises en compte dans le bilan national (cf. encadré). Pour cette seule CPAM, l'extension du contrôle à la totalité de l'année 2007 aurait conduit à augmenter le montant total du bilan élaboré au niveau national pour la période allant de 2006 à juin 2012 de 5 M€, soit de plus de 10 %.

La lutte contre la fraude dans le département du Val-d'Oise

La CPAM du Val-d'Oise, lors de la mise en œuvre du premier plan national relatif aux transports élaboré par la CNAMTS, a détecté, en contrôlant 2 023 factures de 19 transporteurs (13 sociétés d'ambulances dont sept identifiées par la requête de la CNAMTS et six artisans taxis tous sélectionnés par la CNAMTS) sur un mois de facturation (octobre 2007), un montant de préjudice total de 421 494 €³¹⁸. Bien que ce préjudice soit particulièrement élevé, puisqu'il représente 13 % des

318. Pour les cas les plus graves, la CPAM a saisi les tribunaux répressifs. Ainsi, en 2012, un ambulancier du département a été condamné à 15 mois d'emprisonnement avec sursis et l'obligation de régler l'entier préjudice, soit 255 424 €.

dépenses de transport de la CPAM pour la période contrôlée, il n'a pas donné lieu à des investigations sur une période plus étendue.

Par ailleurs le bilan national montre qu'une part importante des actions de contrôle ne donne lieu qu'à une récupération d'indus, sans aucune pénalité. Pour les entreprises concernées, les contrôles n'ont alors aucun caractère dissuasif. A titre d'exemple, pour les taxis, un indu de 3 000 € sur six mois (soit plus de 10 % du chiffre d'affaires total moyen), ne donne lieu qu'à récupération de l'indu sans aucune pénalité.

L'absence de sanction dans les Bouches-du-Rhône

La CPAM des Bouches-du-Rhône a effectué a posteriori, sur des transports facturés en 2009, des contrôles de vraisemblance (véhicule présent simultanément dans deux lieux différents, chauffeur assurant deux transports avec des horaires incompatibles, durée et distance d'un trajet incompatibles, abattement pour transports simultanés non appliqué, double facturation) qui n'ont donné lieu qu'à la récupération d'indus. Ainsi, deux transporteurs, pour lesquels les montants des indus détectés s'élèvent respectivement à 18 900 et 15 007 €, n'ont donné lieu, en plus de la récupération des montants payés indûment, pour l'un qu'à un entretien avec le gérant et pour l'autre qu'à l'envoi d'une lettre de mise en garde.

Enfin, seules certaines caisses locales procèdent à des contrôles sur place en plus de ces contrôles a posteriori de factures. Les contrôles, réalisés à l'entrée des établissements de soins ou sur la voie publique avec les forces de l'ordre, constituent pourtant le seul moyen de s'assurer de la réalité des prestations facturées et de l'existence, lors de la réalisation du transport, d'une prescription de transport en bonne et due forme.

CONCLUSION

Les transports constituent une prestation sans doute de plus en plus indispensable au bon fonctionnement du système de soins du fait du vieillissement de la population, de l'évolution des pathologies, de la diversification des modes de prise en charge médicale et de l'accélération de la réorganisation de l'offre de soins. Mais les règles qui les régissent, ou l'application qui en est faite, font qu'une partie très notable de ces dépenses pourrait être évitée sans fragiliser aucunement l'accès aux soins.

Dans ce contexte et compte tenu de l'importance des enjeux financiers, une action plus ferme sur la prescription, une redéfinition plus stricte de certaines modalités de prise en charge, un contingentement global de l'offre mieux construit, un contrôle et une lutte contre les abus et les fraudes plus décidés, un pilotage mieux partagé et plus volontaire sont désormais indispensables. Ainsi le non-respect du référentiel de

prescription induit des dépenses supplémentaires de l'ordre de 220 M€ et la réforme du système de garde ambulancière pourrait permettre d'économiser près de 100 M€. Si l'on ajoute à ces deux postes un meilleur contrôle de la liquidation des factures, notamment en matière de kilométrages facturés, pouvant générer 120 M€ d'économies, les dépenses de transport sanitaire évitables seraient au minimum de 450 M€ par an, au regard d'une dépense totale de quelque 3,5 Md€ en 2010.

RECOMMANDATIONS

38. Procéder sans délai, dans chaque département, sous la responsabilité de l'ARS, à partir notamment des données de l'assurance maladie, à une analyse de la demande et de l'offre en matière de transport sanitaire pour définir un plan d'action avec des objectifs chiffrés de diminution des dépenses.

39. Renforcer la coordination entre les ARS et les caisses d'assurance maladie en matière d'agrément, de conventionnement et de contrôle des entreprises de transport sanitaire et de taxis.

40. Instaurer un double plafond départemental pour l'offre de transport, d'une part pour les ambulances et d'autre part globalement pour les VSL et les taxis conventionnés.

41. Définir, pour les VSL et les taxis, une tarification commune et contrôlable et réduire le taux de paiements indus en vérifiant de manière efficace les factures.

42. Systématiser la lutte contre la fraude et revoir le barème des pénalités en cas de facturation abusive ou frauduleuse pour les rendre dissuasives.

43. Revoir les conditions dans lesquelles les demandes d'accord préalable sont nécessaires, réactiver la règle de l'établissement le plus proche, y compris pour les traitements de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie et faire contrôler le respect du référentiel de prescription par le service médical de l'assurance maladie.

44. Envisager le transfert sur le budget des hôpitaux de la dépense de transports qu'ils initient pour mettre sous contrainte d'enveloppe la prescription, l'organisation et la gestion en termes de commande publique de cette dépense.

45. Procéder à une évaluation approfondie du système de garde ambulancière pour en revoir l'organisation.
