

Cahier des charges

de la plate-forme régionale des transports

TrajetsSolutionsSanté

Elaboré conjointement par des établissements de santé, les représentants régionaux des transporteurs sanitaires, les représentants régionaux des taxis, et l'ARS

I. Sommaire

I.	Sommaire	2
II.	État des lieux en Poitou-Charentes	3
A.	Dépenses de transports dans la région	3
B.	Offre de transport dans la région	4
III.	Méthodologie d'élaboration du cahier des charges	5
A.	Bases juridiques et réglementaires	5
B.	Recensement des attentes des acteurs.....	6
C.	Objectif du cahier des charges.....	8
D.	Association des transporteurs gérant la plate-forme régionale <i>TrajetsSolutionsSanté</i>	9
E.	Comité de suivi du projet.....	9
F.	Comité de bonnes pratiques	10
G.	Financement.....	10
IV.	Fiche action 1 : Formalisation des demandes de transports pour les « entrées et les sorties » d'hospitalisation	11
A.	Problématique	11
B.	Objectifs généraux	11
C.	Gestion centralisée de la demande de transport	13
D.	Formalisation de la demande.....	13
E.	Définition du tour de rôle	14
F.	Salon d'attente au sein de l'établissement.....	15
G.	Rôle de l'établissement	16
H.	Rôle du transporteur sanitaire.....	17
I.	Rôle du taxi	18
J.	Organisation des rapports entre les établissements de santé et les transporteurs.....	19
K.	Suivi.....	20
V.	Fiche action 2 : Optimisation du transport partagé	21
A.	Problématique	21
B.	Objectifs généraux	21
C.	Organisation	22
D.	Suivi.....	23
VI.	Fiche action 3 : Optimisation de la prise en charge des urgences pré-hospitalières	24
A.	Problématique	24
B.	Objectifs généraux	24
C.	Organisation de la permanence des transporteurs sanitaires	24
VII.	Fiche action 4 : Évaluation	25
A.	Problématique	25
B.	Définition du rôle des acteurs et des commissions représentatives	25
C.	Principes et objectifs	25
D.	Indicateurs de suivi	25
E.	Fréquence des indicateurs de suivi	27
F.	Source des indicateurs.....	27
VIII.	Fiche action 5 : Communication.....	28

II. État des lieux en Poitou-Charentes

A. Dépenses de transports dans la région

En 2009, 5.1 millions de personnes ont eu recours à un transport remboursé par l'Assurance maladie soit 66.8 millions de transports tous régimes confondus. Le montant des dépenses de transports s'élevait, en France, à plus de 3,2 milliards d'euros¹, les transports sanitaires constituent un poste de dépense très dynamique pour l'Assurance maladie.

Les dépenses de transports ont progressé de 5.4% (régime général) en 2010 contre 7.7% en 2009 cette évolution s'explique en partie par les évolutions de tarifs intervenues en 2009.

En Poitou-Charentes, on observe, en moyenne annuelle depuis 2005, une forte croissance des dépenses de transport de l'ordre de 5%².

Evolution des prescriptions de transports (avant déduction des franchises)			
Niveau géographique	Taux d'évolution naturelle	Résultats prescripteurs libéraux	Résultats tous prescripteurs
Charente	6.8%	4.0%	6.2 %
Charente-Maritime	6.8%	4.4 %	4.3 %
Deux-Sèvres	6.8%	6.4 %	3.1 %
Vienne	6.8%	10.4 %	4.3 %
Poitou-Charentes	6.8%	5.7 %	4.4 %
France métropolitaine	6.8%	5.6 %	6.0 %

Données : RG (hors SLM), MSA, RSI
Période du 1^{er} janvier au 31 octobre 2013
Source : CNAMTS/CCMSA/caisse nationale RSI

Cependant, des marges de manœuvre existent encore pour optimiser le recours au transport

¹ Source : Point d'information de l'Assurance maladie intitulé « Transports de malades : évolution des dépenses en 2009 »_ 21/10/2010.

² Source : Statistiques et analyses des dépenses de santé - URCAM, CPAM, ARCMSA, RSI, DRSM, CRAMCO Novembre 2010.

B. Offre de transport dans la région

Le nombre d'entreprise de transports sanitaires par département en décembre 2013 se répartit ainsi :

ETAT DES LIEUX - TRANSPORTS SANITAIRES- PCH (4.12.2013)						
Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes						
DEPARTEMENT	CHARENTE	CHARENTE MARTITIME	DEUX SEVRES	VIENNE	TOTAL	OBSERVATIONS
Nombre d'entreprises	40	37	37	39	153	
Implantations	42	53	48	56	199	2 fermetures de sites en Vienne en 2013
Nombre de véhicules	232	409	302	303	1246	2 caducités en Vienne en 2012-13 : 1 VSL et 1 AMB 1 caducité en Deux-Sèvres en 2013 : 1 AMB
Nombre de CAT A - Type B	40	59	34	44	177	
Nombre de CAT C - Type A	51	103	77	75	306	
Nombre de VSL	141	247	191	184	763	
Nombre de personnels	473	717	490	640	2320	
Secteurs de la garde ambulancière	5	9	6	7	27	

Tableau 1:État des lieux –Transports sanitaires (04.12.2013)

Source : ARS Poitou-Charentes _ Direction de la Stratégie _ Service Ressources Humaines en Santé

Le nombre d'entreprise de taxis conventionnés par l'Assurance Maladie pour réaliser le transport de malade se répartit ainsi :

ETAT DES LIEUX – Taxis Conventionnés (12.2013)					
Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes					
DEPARTEMENT	CHARENTE	CHARENTE MARTITIME	DEUX SEVRES	VIENNE	TOTAL
Nombre de véhicules	182	348	322	258	1 110

Tableau 2 : État des lieux –Taxis conventionnés (12.2013)

Source : Assurance Maladie _ Cellule de Coordination Régionale GDR-LCF Poitou-Charentes

III. Méthodologie d'élaboration du cahier des charges

A. Bases juridiques et réglementaires

La démarche engagée s'appuie sur :

- Le programme régional de gestion du risque assurantiel ;
- Circulaire DHOS/SDO/DO n°2003-277 du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissements de santé publics et privés et transporteurs sanitaires privés ;
- La décision du ministère du travail, de l'emploi et de la santé et de l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur l'évolution des dépenses de transport à destination des établissements de santé ;
- La Loi de Financement de la sécurité sociale pour 2010 ;
- Le référentiel commun daté du 27 mai 2010 et intitulé « Organisation des transports sanitaires primaires non urgents, des transferts inter-hospitaliers et du retour à domicile » ;
- Le référentiel commun daté du 09 avril 2009 intitulé « Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière » ;
- Le rapport daté de septembre 2010 intitulé « Rénovation du modèle économique pour le transport terrestre » ;
- Le rapport du benchmark Ile de France réalisé par l'ARS Ile-de-France et les CPAM de l'Ile-de-France ;
- Le guide de bonnes pratiques intitulé « mettre en place une gestion centralisée des transports sanitaires en établissement de santé » réalisé par l'ARS Ile-de-France et les CPAM de l'Ile-de-France.

B. Recensement des attentes des acteurs

Afin d'établir un cahier des charges commun à tous les acteurs concernés par le projet régional d'une nouvelle organisation des transports de patients dans la région, une réunion de concertation par acteur a été organisée afin de déterminer les freins et les leviers de chacun.

1. Les établissements de santé participant à la rédaction du cahier des charges

Suite à un appel au volontariat auprès des établissements de santé pour la rédaction d'un cahier des charges régional, une réunion de concertation a eu lieu au cours du premier semestre 2011.

Il apparaît indispensable aux établissements de :

- mieux organiser la prise en charge du patient en diminuant le coût global,
- développer des moyens de communication entre les acteurs de l'urgence (informatique et physique),
- ne pas augmenter le nombre de transports,
- communiquer sur le transport personnel,
- développer cette organisation dans une enveloppe contrainte.

Les points de vigilance évoqués sont :

- l'adaptation du cahier des charges aux spécificités « territoriales » ;
- la carence (justification des carences) ;
- une clé de répartition équitable afin de ne pas exclure des entreprises ;
- la nécessité d'avoir une interface entre la plate-forme et les services d'urgences (physique, et informatique).

2. L'Assurance Maladie

Lors des commissions de gestion du risque, les grands axes de travail du projet ont été évoqués. L'Assurance Maladie a désigné des représentants afin de veiller aux respects des règles de prescription, de facturation et à la rédaction du cahier des charges.

Les points de vigilance évoqués sont :

- le financement ;
- la transparence ;
- la nécessité de suivre les dépenses de transports résultant des prescriptions hospitalières ;
- le maintien de la prescription du véhicule personnel;
- les spécificités « territoriales ».

3. Transporteurs sanitaires

Une réunion de concertation s'est tenue avec les représentants régionaux des fédérations des transporteurs sanitaires au cours du premier semestre 2011.

Les freins évoqués sont :

- les inquiétudes concernant une régionalisation du projet (le devenir des petites entreprises sanitaires),
- les moyens matériels nécessaires (tant sur les moyens matériels que logistiques),
- l'incertitude concernant les attentes des décideurs nationaux sur la réorganisation du modèle économique des transports sanitaires,
- la méconnaissance des conditions de transports (des règles et prescriptions) et de la situation des assurés de la part des prescripteurs.

Les leviers majeurs à la mise en œuvre d'une nouvelle organisation régionale sont :

- la volonté des entreprises sanitaires (engagement, capacité d'adaptation) pour participer à la rénovation de l'organisation du transport sanitaire,
- la communication sur le rôle des transporteurs sanitaires,
- les moyens matériels et logistiques disponibles,
- l'engagement et le soutien de l'ARS.

4. Taxis conventionnés

Le groupe de travail est constitué des représentants départementaux des fédérations des taxis.

Le groupe de travail a identifié les freins suivants :

- le risque de concurrence déloyale ;
- l'individualisme de certains taxis ;
- les moyens à disposition (coût des investissements ; financement de la régulation) ;
- la désinformation.

Le groupe a identifié les leviers suivants:

- l'intérêt économique du transport partagé ;
- le développement de la communication entre les acteurs ;
- l'unification des tarifs des transports en TAP ;
- l'intérêt commun pour une nouvelle organisation (pérennité des entreprises).

5. Attentes de l'ARS

Dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les Agences Régionales de Santé définissent le programme régional de gestion du risque assurantiel en lien avec les organismes d'Assurance Maladie.

Tous les acteurs sont mobilisés pour répondre aux enjeux de notre système de santé en tenant compte du contexte économique actuel.

Ainsi, la régulation des dépenses de transports et la redéfinition du transport de malades apparaissent comme des enjeux prioritaires.

Les pistes de travail portent sur trois objectifs : une meilleure connaissance de la prescription hospitalière de transports de malades, une démarche contractuelle de régulation des dépenses et le développement de nouveaux modes d'organisation.

C. Objectif du cahier des charges

Les axes de travail portent dans un premier temps sur :

- Les entrées et sorties d'hospitalisation. L'outil pourra gérer les consultations, retours de consultations et transports à la charge de l'établissement si besoin.
- Le transport partagé

Puis dans un deuxième temps sur :

- L'urgence pré-hospitalière

Le cahier des charges s'inscrit dans le respect des codes de la santé publique, de la sécurité sociale et du transport, des règles de prescription et de facturation de l'Assurance Maladie.

Le cahier des charges se définit par une élaboration conjointe d'un projet régional d'organisation des transports des patients, notamment sur :

- la formalisation des demandes de transports pour les entrées et les sorties d'hospitalisation, les consultations de manière à permettre une prise en charge du patient dans les meilleures conditions possibles en donnant aux transporteurs l'ensemble des indications nécessaires à sa réalisation. L'outil peut également gérer les transports à la charge de l'établissement ;
- le développement du transport partagé et l'amélioration des modalités d'organisation pour les transports itératifs ;
- A terme, l'optimisation de la prise en charge des urgences pré-hospitalières, notamment par une réflexion sur la régulation.

D. Association des transporteurs gérant la plate-forme régionale *TrajetsSolutionsSanté*

Après discussions au sein de la communauté des transporteurs en Poitou-Charentes, le statut associatif a été retenu.

Ni l'Assurance Maladie, ni l'ARS, ni les collectivités territoriales ne peuvent être membres de l'association. Les établissements ne sont pas non plus adhérents.

Membres de l'association gérant la PFR *TrajetsSolutionsSanté* :

- Les transporteurs sanitaires et taxis conventionnés.

Critères d'adhésion et d'exclusion en tant que membres de la structure :

- Volontariat,
- Respect des règles sociales en tant qu'employeurs (cotisations sociales, droit social, etc.),
- Transporteurs inscrits au RNT – Répertoire National des Transporteurs (géré par l'Assurance Maladie),
- Respect de règles administratives de l'ARS et de l'Assurance Maladie,
- Respect des spécifications fonctionnelles relatives au fonctionnement de la PFR,
- Respect du guide régional de bonnes pratiques,
- Véhicules équipés de géolocalisation (règles du tour de rôle et traçabilité),
- Signataire de la charte de l'association.

Bénéficiaires des services de la PFR :

- Tous les transporteurs sanitaires et taxis conventionnés

E. Comité de suivi du projet

Un comité de suivi est mis en place afin de suivre la mise en œuvre du dispositif, et de veiller au respect du cahier des charges.

Ce comité est composé de membres représentatifs des fédérations des transporteurs sanitaires, des taxis, de l'Assurance Maladie et des établissements participant au dispositif de la plate-forme régionale *TrajetsSolutionsSanté*.

Il est proposé que le comité se réunisse au minimum deux fois par an.

F. Comité de bonnes pratiques

Une commission de bonnes pratiques, réunissant les cadres soignants, administratifs et les transporteurs pourra être créée dans les établissements participants afin de sensibiliser les partenaires et de veiller à la mise en œuvre des dispositions prévues au cahier des charges.

G. Financement

L'Agence Régionale de Santé accompagne et soutient le projet. Aussi, l'Agence a décidé d'attribuer une aide conséquente au démarrage de la plate-forme régionale. Une aide financière ponctuelle, à hauteur de 100 000 euros, est attribuée à l'association des transporteurs afin qu'elle puisse initier le déploiement de la solution technique (50 000 euros) et qu'elle puisse recruter une équipe pour accompagner l'installation chez les transporteurs et les établissements, réaliser la communication et promouvoir le dispositif (50 000 euros).

Les transporteurs contribuent au dispositif par une adhésion individuelle auprès de l'association porteuse de la plate-forme et par une participation financière au dispositif (règles et montants définis au sein de l'association).

IV. Fiche action 1 : Formalisation des demandes de transports pour les « entrées et les sorties » d'hospitalisation et les consultations

A. Problématique

Les problématiques observées sur ce champ d'action varient selon les acteurs interrogés. La redéfinition des rôles, des missions de chaque acteur et une organisation unique sont des enjeux majeurs dans l'organisation.

Une nouvelle organisation des rapports entre les transporteurs privés et les établissements de santé publics ou privés doit respecter le libre choix du patient.

La prise en charge de ce dernier exige une coordination renforcée entre les établissements de santé et les entreprises de transports.

B. Objectifs généraux

Cette fiche action porte sur les transports dits « d'entrée à l'hôpital » et de « retour à domicile ». Pour garantir la qualité et l'efficacité de ces transports, les objectifs retenus s'appuient sur les préconisations du référentiel commun du 27 mai 2010³ :

- Améliorer la réponse des transporteurs de jour comme de nuit en réduisant les indisponibilités, en assurant des prestations de transports adaptées aux besoins du patient dans le cadre du référentiel de prescription en vigueur et en réduisant le délai d'attente des patients et des transporteurs ;
- Mieux identifier l'ensemble des transports spécifiques pour lesquels les transporteurs doivent mettre en place des conditions de réalisation particulières, plus contraignantes que le droit commun, pour assurer une prise en charge mieux adaptée à l'état du patient ;
- Inscrire la prescription, la demande et l'exécution des transports dans une démarche globale de qualité ;
- Favoriser, dans l'esprit du référentiel de prescription, les recours au moyen le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient notamment à travers l'utilisation du transport partagé ;
- Assurer le respect de libre concurrence et l'équité entre entreprises de transport.

A l'heure actuelle, l'absence d'anticipation des demandes de transport ne permet pas l'optimisation des moyens disponibles et génère des périodes d'improductivité pour les entreprises de transports et des difficultés à organiser les entrées et les sorties des patients pour les établissements.

³ Source : « Organisation des transports sanitaires primaires non urgents, des transferts inter-hospitaliers et du retour à domicile des patients », 27 Mai 2010.

Les bases de cette organisation reposent sur 3 axes:

- formaliser les demandes de transports, en aval de la prescription médicale de transport, de manière à permettre une prise en charge du patient dans les meilleures conditions possibles en donnant aux transporteurs l'ensemble des indications nécessaires à la réalisation ;
- tracer l'activité « hospitalière » des transporteurs ; tant du point de vue des besoins que de leur satisfaction ;
- reposer sur des démarches qualité pour permettre une meilleure prise en charge des patients et garantir notamment le respect mutuel des délais.

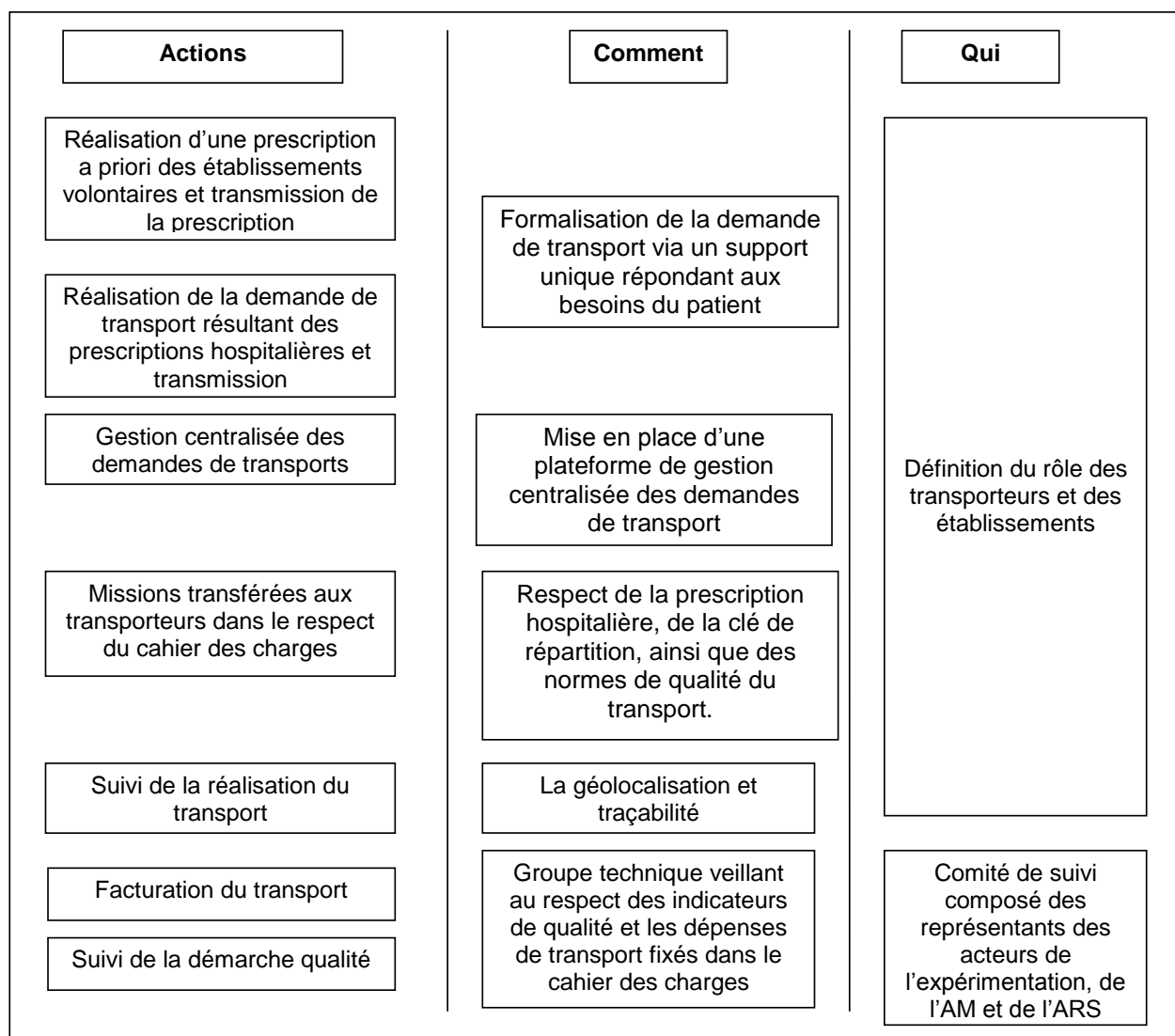


Figure 1: Schéma de l'organisation des transports dits "entrées et sorties" d'hospitalisation

C. Gestion centralisée de la demande de transport

Une gestion centralisée de toutes les demandes de transports issues des prescriptions réalisées a posteriori (ne relevant pas de la régulation du Samu-Centre 15) doit être mise en place.

La mise en place de cette plateforme implique que toutes les demandes de transport lui sont adressées, en remplacement de l'appel direct aux entreprises. Cette plateforme répartit alors l'activité entre les différentes entreprises volontaires dans le cas d'un transport à la charge directe de l'Assurance Maladie qui ne fait pas l'objet d'un libre choix du patient.

Cette plateforme permet notamment une meilleure gestion des demandes de transports, rendue possible par l'anticipation de l'expression des besoins. Au-delà de son rôle d'interface entre le prescripteur et le transporteur, elle apporte une plus-value en fluidifiant l'organisation des transports post-hospitaliers.

D. Formalisation de la demande

La prescription est un acte médical. Elle nécessite une connaissance préalable du patient et de ses besoins spécifiques (matériels, mobilité) qui peut être partagé par l'équipe soignante. La prescription de transport est un pré requis obligatoire avant la réalisation de la commande de transport. Le prescripteur peut réaliser la commande de transport en ligne et l'éditer pour signature. Suite à cette saisie en ligne et à la signature, la commande de transport peut être envoyée. La saisie en ligne de la prescription de transport par le prescripteur génère en partie la commande de transport.

Pour les transports à la charge directe de l'Assurance Maladie, cette prescription doit être donnée au transporteur lorsqu'il prend en charge le patient. Ce document est nécessaire pour permettre le remboursement total ou partiel du transport par l'Assurance maladie.

Tout transport de patient doit en effet être prescrit, même si une prescription n'entraîne pas automatiquement de prise en charge par l'Assurance Maladie.

La formalisation de la demande de transport est nécessaire pour garantir l'adaptation des moyens aux besoins du patient.

La demande de transport, faisant suite à la prescription, nécessite d'intégrer des éléments complémentaires indispensables à la réalisation du transport :

- concernant le patient : nom, prénom, âge, numéro de chambre, adresse,
- concernant l'accompagnant : nombre de soignants, ou famille,
- concernant le transport : type de transport (aller, retour, aller/retour), les dates de transport lors de transports itératifs, le mode de transport, le matériel nécessaire (brancard, fauteuil, fauteuil personnel, nacelle, attelle, coquille), impératifs d'arrivée si besoin (ex : horaire maximum d'arrivée du patient..)
- concernant la destination : heure de départ du service, ville, l'établissement en cas de transfert, la personne à prévenir (téléphone et code d'accès, étage, modalités d'accès),

- concernant les précautions du transport : modalité d'isolement, de manutention, de surveillance,
- concernant les documents nécessaires : dossier, lettres, ordonnances, clichés d'examen et carton de rendez-vous.

La gestion centralisée des demandes de transports peut être réalisée via un logiciel de régulation informatique qui se traduit par plusieurs étapes :

- l'infirmière saisit les données de la mission définies précédemment ;
- la mission est orientée vers un transporteur soit dans le cadre du tour de rôle soit directement attribué au transporteur choisi par le patient ;
- si le transporteur n'est pas disponible, la mission est réorientée vers un second transporteur dans le cadre du tour de rôle ;
- le transporteur confirme la prise en charge de la mission à l'établissement via le logiciel et transmet les informations nécessaires au suivi du transport.

E. Définition du tour de rôle

Le principe du libre choix du patient (article L1110-8 du code de la santé publique) prévoit que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire ».

Le patient dispose du libre choix de l'entreprise qui le prendra en charge, dans le respect de la prescription réalisée par le médecin.

Si le patient n'exprime pas de choix, l'établissement est chargé d'organiser le transport.

Suite aux réunions de concertations avec les acteurs, une modalité a été retenue : une répartition de l'attribution des transports (hors libre choix du patient) en fonction de moyens fournis via l'attribution d'un coefficient à chaque entreprise volontaire pour déterminer son poids dans le tour de rôle.

Les préconisations pour la définition d'un coefficient sont la prise en compte de plusieurs indicateurs :

- un coefficient de capacité de l'entreprise, qui est le rapport entre le potentiel (déclaré) d'activité de l'entreprise (en heures) (en prenant en compte les moyens matériels et en effectif mis à disposition par jour, en distinguant les moyens VSL, ambulances et taxi) et la capacité humaine à s'investir réellement (RHDM : Ressources Humaines Disponibles Mobilisables) calculée sur la base des conditions légales de travail ;
- un taux de présence sur les périodes de faible activité (par ratio avec le potentiel d'activité global) ;
- un taux de réponse aux demandes de transport et de respect des horaires.

Le document des spécifications fonctionnelles de la plate-forme précise les modalités du tour de rôle

F. Salon d'attente au sein de l'établissement

Pour faciliter l'organisation des entrées et sorties, l'établissement peut mettre en place un salon d'attente.

1. Objectifs généraux

Les impacts de la mise en œuvre d'un salon d'attente se déclinent sur plusieurs champs :

- la réduction des pics d'activité par des arrivées et sorties échelonnées ;
- la souplesse en privilégiant les demandes par créneaux horaires aux rendez-vous figés ;
- la fluidité des sorties en mettant en place une « zone tampon » ;
- l'optimisation des transports en favorisant le transport partagé.

2. Principes d'organisation

a) Rôle du salon d'attente

Il a pour but de faciliter la sortie du patient pour le patient lui-même, pour l'établissement et pour les transporteurs.

Le salon d'attente joue un rôle majeur dans la gestion des lits de l'établissement et dans l'organisation des relations avec les transporteurs.

Cette « zone tampon » permet également aux personnels hospitaliers de clore le dossier administratif du patient : récupérer le bulletin de sortie, les prescriptions liées à l'hospitalisation du patient.

Toutefois, le patient doit répondre à des critères d'éligibilité : le patient doit être valide, autonome, non dément, en attente d'un transporteur ou de leur famille.

Une vigilance doit être observée concernant les contre-indications médicales signalées par le médecin concernant l'installation du patient dans un salon d'attente.

b) Fonctionnement du salon d'attente

La mise en place d'un salon d'attente nécessite une réflexion sur la situation géographique de ce dernier en fonction du bureau des entrées/sorties des patients hospitalisés, des accès aux transporteurs sanitaires et taxis, de la proximité des services de l'établissement.

Ce lieu doit être fonctionnel tout en respectant les patients et à proximité des professionnels de santé.

Ainsi, le salon d'attente doit permettre aux patients d'attendre les transporteurs ou leur famille dans un lieu convivial.

Une analyse menée par l'établissement est nécessaire afin de définir le nombre de places composant le salon d'attente, les effectifs nécessaires au bon fonctionnement du salon, les formations nécessaires le temps d'ouverture (préconisation 10h à 7H).

c) Atouts

Le salon d'attente répond aux attentes des établissements et des transporteurs.

Dans un premier temps, il est un atout majeur dans la gestion des lits. Il permet ainsi de fluidifier le flux de patients. Le patient ayant libéré sa chambre, cette dernière peut être préparée et accueillir un nouveau patient.

De plus, il contribue à la maîtrise de la qualité de l'ensemble du parcours patient, y compris sur les phases amont et aval (par exemple : hygiène et sécurité des transports, délais d'attente).

Le salon d'attente optimise le temps médical et administratif au travers d'une définition précise du rôle des personnes en charge de la gestion du salon d'attente.

Enfin, le salon d'attente facilite l'organisation du transport partagé.

d) Contraintes

La mise en œuvre d'un salon d'attente impacte le fonctionnement de l'établissement. Ainsi, le personnel soignant et administratif doit connaître les modalités de fonctionnement du salon d'attente et le profil des patients susceptibles d'attendre dans le salon.

De plus, la personne en charge du fonctionnement du salon d'attente doit s'assurer de la prise en charge du patient :

- en s'assurant que le patient dispose de son dossier complet de sortie et de toutes les informations nécessaires à son suivi médical si nécessaire,
- en vérifiant que le patient part avec le transporteur qui lui a été affecté dans le cadre du tour de rôle ou dans le respect du libre choix du patient.
- Définition du rôle des acteurs

G. Rôle de l'établissement

1. Entrée dans l'établissement

Dès l'arrivée du patient, l'établissement de santé assure la prise en charge du patient par un membre de l'équipe soignante dans un délai raisonnable. Le transporteur transmet à un membre de l'équipe soignante du service concerné tous les documents utiles à son hospitalisation, sa consultation, ses séances. Il transmet également, si elle existe, la fiche de liaison, sauf en cas de transports itératifs où elle n'apparaît pas systématiquement nécessaire.

Les matériels utilisés pour prendre en charge le patient (brancard, oxygène...) sont alors rendus à leurs propriétaires respectifs, établissements de santé ou entreprises de transport sanitaire.

A partir de ce moment, la prise en charge du patient incombe à l'établissement, notamment le brancardage inter services, les manipulations liées aux soins et examens...

2. Sortie de l'établissement

Les établissements de santé veillent selon les services concernés à programmer les sorties et à les lisser dans la journée.

Les établissements de santé peuvent disposer d'un salon d'attente. Dans ce cas, les transporteurs prennent en charge le patient dans le salon d'attente avec son dossier complet.

Dans le cas où le patient a confié à l'établissement la charge de l'organisation du transport, l'établissement de santé et le transporteur déterminent via la plate-forme des créneaux horaires pour la prise en charge du patient.

Au vu de l'heure prévue de sortie, l'établissement veille à ce que le patient soit prêt, les formalités liées à son départ effectuées, et la prescription médicale de transport réalisée.

L'établissement de santé assure une signalisation claire de ses différents services, et facilite l'accès des ambulances aux services. Il veille à disposer d'emplacements réservés aux ambulances.

Les établissements de santé informent les patients des conditions de transport à la sortie de l'hospitalisation (libre choix) et des modalités de prise en charge financière de ces transports.

H. Rôle du transporteur sanitaire

L'ambulancier a vocation à assurer, au moyen de véhicules spécialement adaptés, les transports des patients pour des raisons de soins ou de diagnostic. Pendant le transport en ambulance, le titulaire diplômé d'état veille à la bonne surveillance du patient et la bonne exécution des gestes appropriés à son état.

L'ambulancier peut être amené à assurer le brancardage au départ et à l'arrivée (étages compris le cas échéant).

L'ambulancier fournit la literie nécessaire au transport et assure son nettoyage. En cas de besoin, et sur prescription médicale, il doit être en mesure d'administrer de l'oxygène au patient.

1. Transports entre le lieu de résidence et les établissements de santé

L'ambulancier s'engage à aller chercher le patient à son domicile ou à tout autre endroit prescrit.

Avant de le transporter, il vérifie que le patient dispose de tous les documents nécessaires à la prise en charge de son transport mais également des documents nécessaires à son hospitalisation, à sa consultation ou sa séance de soins.

L'ambulancier diplômé d'état veille à la bonne surveillance du patient et la bonne exécution des gestes appropriés à l'état du patient.

L'ambulancier accompagne le patient jusqu'au service concerné, et s'assure, avant de quitter le patient, que celui-ci est pris en charge.

Ainsi, l'ambulancier transmet à un membre de l'équipe soignante du service concerné tous les documents utiles à son hospitalisation, sa consultation, ses séances. Il transmet également, si elle

existe, la fiche de liaison, sauf en cas de transports itératifs où elle n'apparaît pas systématiquement nécessaire.

A partir de ce moment, l'établissement prend en charge le patient.

Il n'appartient pas à l'ambulancier de réaliser les formalités d'admission ou de sortie du patient, sauf accord local formalisé avec l'établissement.

2. Transports entre l'établissement de santé et le lieu de résidence

Les établissements de santé sont en charge de programmer les sorties.

Si l'établissement de santé dispose d'un salon d'attente, les transporteurs prennent en charge le patient dans le salon d'attente avec son dossier complet.

Dans le cas où l'organisation du transport a été confiée à l'établissement, l'établissement de santé et l'ambulancier déterminent des créneaux horaires via la plate-forme pour la prise en charge du patient.

Les entreprises de transport sanitaire s'engagent au respect des horaires convenus avec l'établissement de santé.

Les délais de réponse sont définis au moment de l'expression de la demande de transport. Afin que l'organisation réponde aux attentes des différents acteurs, plus la demande de transports est anticipée, plus les horaires souhaités par l'établissement seront respectés.

Lors de consultations ou de séances, l'ambulancier est informé de la durée prévisible des soins. L'ambulancier n'est en effet pas tenu d'attendre sur place la fin de la consultation.

L'ambulancier ramène le patient à son domicile ou à tout autre endroit prescrit.

I. Rôle du taxi

Dans le cadre du transport de patient, le chauffeur de taxi peut assurer les transports des patients pour des raisons de soins ou de diagnostic sur prescription médicale.

1. Transports entre le lieu de résidence et les établissements de santé

Le chauffeur de taxi s'engage à aller chercher le patient à son domicile ou à tout autre endroit prescrit.

Avant de le transporter, il vérifie que ce dernier dispose de tous les documents nécessaires à la prise en charge de son transport mais également des documents nécessaires à son hospitalisation, à sa consultation ou sa séance de soins.

Le transporteur accompagne le patient jusqu'au service concerné, et s'assure, avant de quitter le patient, que celui-ci est pris en charge.

Il n'appartient pas au chauffeur de taxi de réaliser les formalités d'admission ou de sortie du patient, sauf accord local formalisé.

2. Transports entre l'établissement de santé et le lieu de résidence

Les établissements de santé sont en charge de programmer les sorties.

Si l'établissement de santé dispose d'un salon d'attente, les transporteurs prennent en charge le patient dans le salon d'attente avec son dossier complet.

Dans le cas où le patient a confié à l'établissement la charge de l'organisation du transport, l'établissement de santé et chauffeur de taxi déterminent des créneaux horaires pour la prise en charge du patient.

Les entreprises de transport s'engagent au respect des horaires convenus avec l'établissement de santé.

Les délais de réponse sont définis au moment de l'expression de la demande de transport. Afin que l'organisation réponde aux attentes des différents acteurs, plus la demande de transports est anticipée, plus les horaires souhaités par l'établissement seront respectés.

Lors de consultations ou de séances, le taxiteur est informé de la durée prévisible des soins. Le chauffeur de taxi n'est en effet pas tenu d'attendre sur place la fin de la consultation.

Au vu de l'heure prévue de sortie, l'établissement veille à ce que le patient soit prêt, les formalités liées à son départ effectuées, et la prescription médicale de transport réalisée.

Le chauffeur de taxi ramène le patient à son domicile ou à tout autre endroit prescrit.

J. Organisation des rapports entre les établissements de santé et les transporteurs

La prise en charge des patients nécessite une coordination renforcée entre tous les acteurs afin d'améliorer le service rendu. Afin de pallier à des dysfonctionnements de coordination entre les établissements de santé et les transporteurs, il est préconisé de mettre en place un comité local de régulation régissant les relations entre les transporteurs et les établissements de santé. Il peut aussi s'agir d'un protocole.

Si un protocole est retenu, il doit préciser l'engagement de chacune des parties à travers les activités hospitalières et ambulancières, leur interdépendance opérationnelle et des objectifs d'amélioration.

Chaque partie a un intérêt dans la mise en œuvre et le respect d'un protocole d'accord.

Un projet de protocole a été défini et proposé dans une circulaire DHOS/SDO/O 1 n°2003-277 du 10 juin 2003 (Cf. Annexe).

Ce document est une base de travail et doit être enrichi par les signataires.

K. Suivi

Le suivi porte sur plusieurs indicateurs :

- le nombre de transports prescrits par service et par type de véhicule,
- le nombre de transports prescrits par prescripteur et par type de véhicules,
- le nombre de transports effectués par société de transports dans le cadre du tour de rôle,
- le nombre de transports effectués par société de transports en dehors du tour de rôle,
- le nombre de transports effectués par société de transports réalisés en seconde intention (c'est-à-dire à la place de l'entreprise initialement prévue dans le tour de rôle) ;
- le nombre d'événements indésirables (par classification) par service/prescripteur ;
- le nombre d'événements indésirables (par classification) par société de transports.

Ces indicateurs sont produits via le logiciel de régulation informatique choisi pour la plate-forme.

Ces données doivent être mises à disposition des transporteurs, des établissements, de l'Assurance maladie et de l'ARS sur demande en cas de litige ou par le comité de suivi.

V. Fiche action 2 : Optimisation du transport partagé

A. Problématique

Au regard du contexte économique actuel, l'Assurance Maladie sensibilise les patients, les prescripteurs et les transporteurs sur les conditions d'utilisation et de facturation des transports partagés.

Le déploiement du transport partagé nécessite une coordination entre les entreprises de transports et les services des établissements de santé.

B. Objectifs généraux

Ce mode de transport peu développé permet de limiter le nombre de transport, de diminuer les délais d'attentes pour les patients. Dans un premier temps, le transport partagé est développé dans le cadre de transports itératifs pour des patients n'ayant pas de contre-indications pour le transport partagé.

Ainsi, l'établissement cible les services ayant une activité induisant des transports itératifs programmés.

Le champ d'action du développement du transport partagé nécessite une programmation au préalable.

Certains établissements de santé tels que les SSR ou certains services peuvent être plus particulièrement ciblés, par exemple les services de dialyse qui ont une activité programmable en termes de transports.

Toutefois, les transports partagés réalisés en sortie d'hospitalisation pour des soins non itératifs sont réalisables mais cette disposition ne représente pas une part importante des transports.

C. Organisation

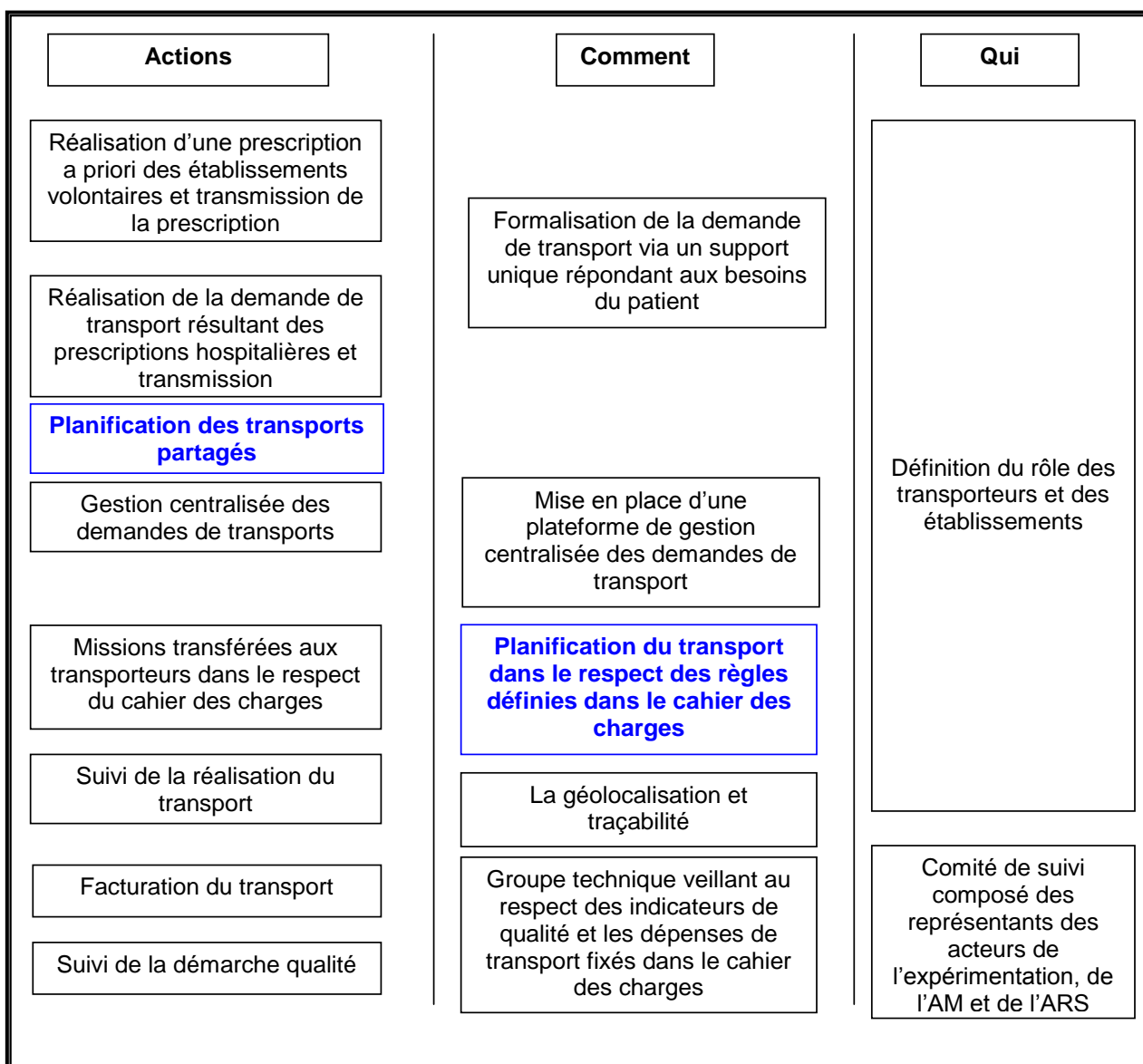


Figure 3: Schéma de l'organisation des transports partagés

Le déploiement du transport partagé passe par une phase de programmation en lien avec les transporteurs.

Cette programmation doit prendre en compte la situation médicale et administrative du patient (prescription de transport, localisation du domicile du patient ou de son lieu de prise en charge, aucune contre-indication médicale au transport partagé), l'activité des soins, la disponibilité des transporteurs.

Cette phase doit être définie conjointement afin que chaque partie puisse s'adapter pour son activité respective.

Une fois que les parties ont convenu de l'organisation pour la prise en charge des patients en transport partagé, elles doivent veiller à la réalisation du transport dans les conditions définies.

D. Suivi

Le suivi porte sur plusieurs indicateurs :

- Le nombre de transports organisés avec le transporteur au minimum J-5 par service ;
- Le nombre de transports organisés avec le transporteur au minimum J-1 par service ;
- Le nombre de transports organisés avec le transporteur au minimum H-12 par service ;
- Le nombre de transports organisés avec le transporteur au minimum H-6 par service ;
- Le nombre de transports initialement organisés avec le transporteur et réalisés dans les délais par transporteur ;
- le nombre de transports prescrits sans contre-indications de transports partagés par service et par type de véhicule,
- le nombre de transports prescrits sans contre-indications de transports partagés par prescripteur et par type de véhicules,
- le nombre de transports partagés effectués par société de transports dans le cadre du tour de rôle,
- le nombre de transports partagés effectués par société de transports en dehors du tour de rôle,
- le nombre de transports partagés effectués par société de transports réalisés en seconde intention (c'est-à-dire à la place de l'entreprise initialement prévue dans le tour de rôle) ;
- le nombre d'événements indésirables (par classification) par service/prescripteur ;
- le nombre d'événements indésirables (par classification) par société de transports.

Ces indicateurs sont produits via le logiciel de régulation informatique choisi.

Ces données doivent être mises à disposition des transporteurs, des établissements, de l'Assurance maladie et de l'ARS sur demande en cas de litige ou par le comité de suivi.

VI. Fiche action 3 : Optimisation de la prise en charge des urgences pré-hospitalières

A. Problématique

L'Agence régionale de santé est garante de l'égal accès aux soins pour tous les patients dans les meilleurs délais.

Ainsi, la problématique majeure est d'optimiser l'organisation actuelle afin d'utiliser les ressources nécessaires pour réduire le délai de prise en charge dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière.

Dans un second temps, un travail spécifique avec les différents acteurs s'engagera sur l'optimisation de la prise en charge des urgences pré-hospitalières.

B. Objectifs généraux

Pour ce qui concerne les missions assumées par les transporteurs sanitaires, l'urgence pré-hospitalière se définit, comme toute demande d'intervention non programmée nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient.

L'organisation de la prise en charge des urgences repose sur trois grands principes indispensables à cette réponse adaptée :

- qualité de la prise en charge,
- proximité et rapidité d'accès,
- coopération et coordination dans le cadre d'une offre de soins graduée.

C. Organisation de la permanence des transporteurs sanitaires

L'ensemble du dispositif sera décrit dans un cahier des charges spécifique élaboré entre l'ARS Poitou-Charentes, les transporteurs sanitaires et les établissements hospitaliers hébergeant les centres 15.

Cet autre cahier des charges régional de la garde ambulancière portant organisation de la réponse à l'Urgence Pré Hospitalière sera le référentiel pour la mise en œuvre technique et informatique de l'attribution des missions.

VII. Fiche action 4 : Évaluation

A. Problématique

Le projet d'une nouvelle organisation régionale des transports de patient est aujourd'hui unique sur le territoire métropolitain. Cette organisation doit être évaluée chaque année afin d'observer son efficience (organisationnelle et économique), d'identifier et de corriger les dysfonctionnements.

B. Définition du rôle des acteurs et des commissions représentatives

Les acteurs du dispositif doivent être représentés au sein d'une commission d'évaluation et de suivi. Les transporteurs et les établissements mettant en œuvre cette nouvelle organisation sont donc membres de la commission. L'assurance maladie et l'ARS sont aussi légitimement membres de la commission. La commission devra se réunir au moins deux fois l'an.

La rédaction d'un règlement intérieur devra être établie entre les parties de cette commission.

C. Principes et objectifs

Les évaluations annuelles ont pour objectif la rationalisation des orientations, une équité des décisions, une transparence du suivi et des résultats.

Les indicateurs objectivent la situation, facilitent la négociation, participent à l'aide à la décision et crédibilisent les résultats.

D. Indicateurs de suivi

1. Entrées et sorties d'hospitalisation

L'évaluation porte sur plusieurs indicateurs :

- Le ratio de transports prescrits par service et par type de véhicule,
- le ratio de transports prescrits par prescripteur et par type de véhicules,
- le ratio de transports effectués par société de transports dans le cadre du tour de rôle,
- le ratio de transports effectués par société de transports en dehors du tour de rôle,
- le ratio de transports effectués par société de transports réalisés en seconde intention (c'est-à-dire à la place de l'entreprise initialement prévue dans le tour de rôle) ;
- le ratio d'événements indésirables (par classification) par service/prescripteur ;
- le nombre d'événements indésirables (par classification) par société de transports.

2. Transport partagé

L'évaluation porte sur plusieurs indicateurs :

- Le ratio de transports organisés avec le transporteur au minimum J-5 par service ;
- le ratio de transports organisés avec le transporteur au minimum J-1 par service ;
- le ratio de transports organisés avec le transporteur au minimum H-12 par service ;
- le ratio de transports organisés avec le transporteur au minimum H-6 par service ;
- le ratio de transports initialement organisés avec le transporteur et réalisés dans les délais par transporteur ;
- le ratio de transports prescrits sans contre-indications de transports partagés par service et par type de véhicule,
- le ratio de transports prescrits sans contre-indications de transports partagés par prescripteur et par type de véhicules,
- le ratio de transports partagés effectués par société de transports dans le cadre du tour de rôle,
- le ratio de transports partagés effectués par société de transports en dehors du tour de rôle,
- le ratio de transports partagés effectués par société de transports réalisés en seconde intention (c'est-à-dire à la place de l'entreprise initialement prévue dans le tour de rôle) ;
- le nombre d'événements indésirables (par classification) par service/prescripteur ;
- le nombre d'événements indésirables (par classification) par société de transports.

3. Urgence pré-hospitalière

- la part des interventions non suivies de transport sur le nombre total d'interventions (en %) ;
- la part d'interventions annulées en raison de la présence d'autres intervenants sur les lieux (SIS, SMUR, médecine libérale) ;
- la part d'interventions annulées par le SAMU-Centre 15 alors que le moyen était engagé ;
- la part des indisponibilités constatées sur le nombre total d'appels reçus par le coordonnateur ou via le logiciel (en %) ;
- la part des indisponibilités constatées « délais » sur le nombre total des appels reçus par le coordonnateur ou via le logiciel (en %) ;
- la part des indisponibilités constatées « moyens » sur le nombre total des appels reçus par le coordonnateur ou via le logiciel (en %).

E. Fréquence des indicateurs de suivi

Ces indicateurs sont définis mensuellement et si besoin semestriellement pour répondre aux besoins de la commission.

F. Source des indicateurs

Ces indicateurs sont fournis via les logiciels utilisés :

- dans le cas des prescriptions d'entrée/sortie ou pour les transports partagés
- dans le cas de l'urgence pré-hospitalière.

Concernant plus particulièrement le suivi des événements indésirables, les acteurs doivent relever ces derniers au fur et à mesure afin que ces éléments soient analysés soit par la commission régionale d'évaluation soit directement par les acteurs concernés.

Un système de notation pourra être mis en place pour chaque établissement et chaque transporteur. Les notes seront définies par le comité de suivi, en fonction des événements indésirables déclarés et des refus.

Fiche action 5 : Communication

Une proposition est faite pour qu'une équipe « Vrp » soit constituée, type ViaTrajectoire, pour accompagner, promouvoir, former, installer le fonctionnement de la plate-forme. Le public est à la fois les établissements (administration, équipes médicales, soignants), les transporteurs, les professionnels de santé libéraux, et le public. Cette équipe pourrait être composée d'une ou plusieurs personnes (temps plein ou partiel) avec idéalement au moins une compétence transporteur.

Un plan de communication sera à établir.