

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La prescription médicale de transport :
Point de vue des médecins généralistes**

Etude qualitative sur 11 médecins généralistes dans le Nord

Présentée et soutenue publiquement le 06 octobre 2020 à 18h00
au Pôle Formation
par **Yoann SINGH**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Assesseurs :

Madame la Professeure Sophie FANTONI-QUINTON

Monsieur le Docteur José DELANNOY

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES | 9 |
| RESUME | 10 |
| INTRODUCTION | 11 |
| I- PERSPECTIVE HISTORIQUE | 11 |
| II- CADRE JURIDIQUE GENERAL | 11 |
| III- LA NATURE DE LA PMT | 13 |
| IV- L'INTERET DU SUJET | 13 |
| V- OBJECTIFS DE L'ETUDE | 14 |
| MATERIELS ET METHODE | 15 |
| I- LA DEMARCHE SCIENTIFIQUE | 15 |
| II- LA SELECTION DES SUJETS | 15 |
| III- LA COLLECTE DES DONNEES | 15 |
| IV- LE PROCESSUS DE CODAGE | 16 |
| RESULTATS | 17 |
| I- CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES ET DES ENTRETIENS | 17 |
| Tableau récapitulatif des entretiens | 17 |
| II- ANALYSE THEMATIQUE DU CORPUS COMPOSE DE 11 VERBATIMS | 18 |
| A- L'appréhension de la prescription médicale de transport | 18 |
| 1. L'impression globale | 18 |
| a. Une influence sur le quotidien | 18 |

| | |
|----------------------------------------------------------------|----|
| b. Fréquence | 18 |
| c. La finalité de l'acte | 19 |
| 2. Une qualification spécifique | 19 |
| 3. La qualité de l'acte | 19 |
| a. Un acte médical | 19 |
| b. Le rédacteur de l'acte | 20 |
| B- Le régime juridique applicable | 20 |
| 1. Des règles connues | 20 |
| a. L'initiateur de la prescription | 20 |
| b. Les moyens de transport | 21 |
| 2. Des règles complexes | 21 |
| 3. Des pratiques irrégulières | 22 |
| a. Aspect économique et social | 22 |
| b. Régularisations <i>a posteriori</i> | 22 |
| C- Les relations extérieures | 23 |
| 1. Les rapports entretenus avec la patientèle | 23 |
| a. L'instigateur de l'acte | 23 |
| b. Evaluation de la demande | 23 |
| c. La décision de prescrire | 23 |
| α- Une acceptation ou un refus | 23 |
| β- ... expliqué(e) | 24 |
| γ- Le cas de la prescription sans prise en charge | 24 |
| δ- La réaction du patient | 24 |
| 2. Les rapports entretenus avec le transporteur | 25 |
| a. Attitude des ambulanciers | 25 |
| α- L'exigence d'une prescription <i>a priori</i> | 25 |
| β- La question du moyen de locomotion | 25 |
| γ- La ponctualité des transporteurs | 26 |
| b. Etat des relations | 26 |
| 3. Les rapports entretenus avec la CPAM | 27 |
| a. Les rencontres avec les représentants de la CPAM | 27 |
| b. La teneur des échanges | 27 |
| α- Un rappel des règles | 27 |
| β- Une sensibilisation concernant les dépenses publiques | 27 |
| c. La qualité de la relation | 28 |
| 4. Les rapports entretenus avec les autres praticiens | 28 |
| D- Les propositions d'amélioration | 29 |
| 1. Réforme du dispositif légal | 29 |
| a. Refonte des règles de prise en charge | 29 |
| α- Ecarter la condition d'affection de longue durée | 29 |
| β- L'instauration d'une franchise | 29 |
| γ- Une dispense d'avance des frais | 29 |
| b. Réorganisation des moyens de transport | 30 |
| 2. Une information à parfaire | 30 |
| a. A l'attention des médecins | 30 |

| | |
|--------------------------------------------------------|-----------|
| α- ... généralistes | 30 |
| β- ... de second recours et hospitaliers | 31 |
| b. A l'attention des patients | 31 |
| DISCUSSION | 32 |
| I- DISCUSSION DE LA METHODE DE RECHERCHE | 32 |
| A- Les points forts de l'étude | 32 |
| 1. Une démarche scientifique reconnue | 32 |
| 2. Un sujet d'actualité | 32 |
| 3. Une étude inédite | 33 |
| B- Les points faibles de l'étude | 33 |
| 1. Sélection des sujets | 33 |
| a. Par genre | 33 |
| b. Par âge | 33 |
| c. Cantonnement géographique | 34 |
| 2. Une vision orientée | 34 |
| a. Dans la collecte des données | 34 |
| b. Dans l'analyse des données | 34 |
| II- DISCUSSION DES RESULTATS | 34 |
| Schéma récapitulatif de la méthode d'analyse AFOM..... | 35 |
| A- Atouts | 36 |
| 1. Appréciation méliorative | 36 |
| a. Un acte nécessaire | 36 |
| b. Marges de manoeuvre | 36 |
| α- L'aspect économique et social | 36 |
| β- Les régularisations <i>a posteriori</i> | 37 |
| 2. Connaissance de règles applicables | 38 |
| a. L'initiateur de la prescription | 38 |
| α- Un principe acquis | 38 |
| β- Un principe coutumier | 38 |
| b. Le régime juridique applicable | 39 |
| α- Régime de prise en charge | 39 |
| β- Les moyens de transport | 39 |
| B- Faiblesses | 40 |
| 1. Complexité du dispositif | 40 |
| a. Le constat | 40 |
| b. Les solutions | 41 |
| α- La mise en place d'une notice | 41 |
| β- La production d'un guide | 41 |
| γ- Les propositions de simplification | 42 |
| 2. Dépréciation de l'acte | 42 |

| | |
|------------------------------------------------------|----|
| a. Un acte chronophage | 42 |
| α- L'élaboration de l'acte | 42 |
| β- Progression significative des prescriptions | 42 |
| b. Un acte à déléguer... .. | 43 |
| α- ... à un professionnel de santé | 43 |
| β- ... à un assistant médical | 43 |
| γ- ... à un infirmier en pratique avancée | 43 |
| c. Une source de tensions | 44 |
| C- Opportunités | 44 |
| 1. Education du patient | 44 |
| a. Un médecin généraliste pédagogue | 44 |
| α- Transmission de connaissances | 44 |
| β- Responsabilisation du patient | 45 |
| γ- La prescription sans prise en charge | 45 |
| b. Campagne d'informations | 46 |
| 2. Axes d'amélioration | 46 |
| a. Refonte des conditions de prise en charge | 46 |
| b. Réorganisation des moyens de transport | 47 |
| α- Privilégier le transport le moins cher | 47 |
| β- Augmenter le parc de VSL | 48 |
| γ- Le cas des taxis conventionnés | 48 |
| D- Menaces | 49 |
| 1. Source de tensions | 49 |
| a. ... avec le patient | 49 |
| b. ... avec le transporteur | 49 |
| α- ... privilégiant le transport le plus cher | 49 |
| β- ... truquant les règles applicables | 49 |
| c. ... avec les confrères | 50 |
| d. ... avec la CPAM | 51 |
| 2. Source d'abus | 52 |
| a. De la part des MG | 52 |
| α- Les infractions | 52 |
| β- Les sanctions | 52 |
| §1- La procédure d'accord préalable | 52 |
| §2- La procédure ordinale | 52 |
| §3- La procédure pénale | 53 |
| §4- La procédure civile | 53 |
| b. De la part des transporteurs | 53 |
| α- Les agissements | 53 |
| β- Les sanctions | 54 |

PROJET DE RÉFORME56

I- SIMPLIFICATION DU RÉGIME JURIDIQUE56

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| A- Légalisation | 56 |
| Proposition n°1 | 56 |
| Proposition n°2 | 56 |
| B- Révision | 56 |
| Proposition n°3 | 56 |
| | |
| II- REORGANISATION DES TRANSPORTS SANITAIRES | 57 |
| Proposition n°4 | 57 |
| Proposition n°5 | 57 |
| | |
| III- AMELIORATION DES RELATIONS EXTERIEURES | 57 |
| A- A l'attention des médecins | 57 |
| Proposition n°6 | 57 |
| Proposition n°7 | 57 |
| B- A l'attention de l'ensemble des acteurs | 57 |
| Proposition n°8 | 57 |
| | |
| CONCLUSION | 58 |
| | |
| NOTES | 59 |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE | 64 |
| | |
| ANNEXES | 66 |
| | |
| ANNEXE 1 : FORMULAIRE CERFA N°11574*04 : PRESCRIPTION MEDICALE DE TRANSPORT, VOLET 1 | 66 |
| | |
| ANNEXE 2 : FORMULAIRE CERFA N°50742#04 : NOTICE D'INFORMATION | 67 |
| | |
| ANNEXE 3 : CAMPAGNE D'INFORMATION A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE - « TRANSPORTS - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE », ASSURANCE MALADIE | 68 |
| | |
| ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN | 69 |

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ALD : affection longue durée

ARS : Agence régionale de santé

CE : Conseil d'Etat

CHR : centre hospitalier régional

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

CNAM : Caisse nationale de l'Assurance maladie

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CSS : Code de la sécurité sociale

CSP : Code de la santé publique

E : entretien

IPA : infirmier en pratique avancée

L : loi

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale

MG : médecin généraliste

MSAP : mise sous accord préalable

MSO : mise sous objectif

PMT : prescription médicale de transport

R : règlement

SS : Sécurité sociale

SUDOC : système universitaire de documentation

TAP : transport assis professionnalisé

VSL : véhicule sanitaire léger

RESUME

Contexte : La PMT est un acte médical que le MG est régulièrement amené à rédiger. Il s'agit d'une prescription médicale strictement encadrée par loi qui impose la réunion de conditions précises pour que le transport soit effectivement pris en charge par l'Assurance maladie. La PMT s'avère en pratique inadaptée et largement perfectible. Les MG rencontrent en effet des difficultés dans le maniement de la PMT qui impactent leur quotidien et certaines relations professionnelles. L'objectif de cette étude est d'étudier le point de vue du MG sur le sujet et de proposer des idées d'amélioration.

Méthode : Cette recherche inductive est une étude qualitative qui s'intéresse au ressenti des MG sur la PMT exerçant dans le département du Nord. Elle s'appuie sur la méthode de la théorie ancrée. Des entretiens individuels semi-directifs ont ainsi été réalisés au moyen d'un guide d'entretien jusqu'à suffisance des données. L'encodage axial a permis d'identifier les principales thématiques abordées par les MG. La méthode AFOM a ensuite été employée pour discuter des résultats obtenus.

Résultats : 11 MG ont été interrogés. Ils reconnaissent l'utilité sociale de la PMT. Les sujets de l'étude pointent par ailleurs les difficultés quotidiennes rencontrées à l'occasion de la rédaction de cet acte. Elles tiennent principalement aux règles applicables. Le régime juridique de la PMT est en effet jugé complexe et inadapté, incitant parfois les MG à l'outrepasser. Ces difficultés entraînent également des conséquences sur la qualité des relations qu'ils entretiennent avec les patients, les transporteurs, les confrères ou encore la CPAM. Les MG estiment enfin que la PMT est perfectible ; ils identifient à ce titre des axes d'amélioration.

Conclusion : La PMT est un acte médical qui affecte l'office du MG. Les dysfonctionnements semblent pourtant largement résorbables. Des solutions sont dès lors proposées pour rénover le système actuel. Elles tendent à simplifier le régime juridique, réorganiser les transports sanitaires et améliorer les relations extérieures.

INTRODUCTION

La prescription médicale de transport (PMT) est au coeur de l'actualité. Cette dernière décennie, elle a fait l'objet de pas moins de deux rapports de la Cour des comptes (1), d'un rapport interministériel (2) et d'une réforme d'ampleur (3).

Cet intérêt sur la pertinence de la PMT est principalement d'ordre économique. Les dépenses publiques liées au transport de patients n'ont jamais été aussi importantes. Le coût du transport sanitaire ne cesse d'augmenter s'expliquant notamment par l'accroissement fulgurant du nombre de transports. A tel point que les pouvoirs publics ont été contraints de s'emparer du sujet.

I- PERSPECTIVE HISTORIQUE

La prise en charge des frais de transport par l'Assurance maladie était envisagée dès 1945 : « *L'assuré ne peut obtenir le remboursement de ses frais de transport (...) que s'il a obtenu l'accord de la caisse dans les conditions prévues à la nomenclature générale.* » (4).

Cette mesure s'inscrit plus largement dans le système de couverture de santé instauré dans le cadre de la Sécurité sociale qui se développe en France au lendemain de la Seconde Guerre mondiale (5).

Cette première disposition a finalement donné lieu à l'actuel article R. 322-10 du Code de la sécurité sociale (CSS), qui fixe le principe de prise en charge d'un transport médical : « *Sont pris en charge les frais de transport de l'assuré ou de l'ayant droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer* » avant d'établir une liste de conditions à remplir pour y bénéficier.

II- CADRE JURIDIQUE GENERAL

Le motif du déplacement

Pour prétendre à la prise en charge d'un transport médicalisé, il est effectivement exigé que le motif du déplacement corresponde aux situations limitativement prévues par ledit article ; c'est-à-dire soit « *pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés* » dans des situations bien définies (6), soit « *pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale* » dans des cas légalement déterminés (7).

Les moyens de transport empruntés

Sont ainsi prévus 3 moyens de locomotion : « *1° L'ambulance ; 2° Le transport assis professionnalisé, véhicule sanitaire léger et taxi ; 3° Les transports en commun (...) les moyens de transport individuels* » (8) ; chacun de ces transports étant recommandé dans des situations bien particulières.

L'état du patient

Le mode de transport le plus adapté est en effet apprécié au regard de l'état du patient en vertu du référentiel de prescription des transports (9). Celui-ci fixe des conditions purement médicales en s'appuyant sur les notions de « *déficience* » et « *incapacité* ».

La déficience désigne une « *perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique* » tandis que l'incapacité est définie comme une « *réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain* » (10).

Le référentiel de prescription des transport indique les différentes formes de déficience et incapacité permettant de bénéficier de la prise en charge d'un transport médicalisé spécifique.

L'appréciation du médecin

Analyse médicale oblige, c'est au médecin qu'il revient d'apprécier la pertinence du transport.

Il établit pour ce faire un formulaire administratif réglementé : Cerfa n°11574 (Annexe 1), en mentionnant notamment « *les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit* » (11).

La compétence plénière du médecin est néanmoins écartée au profit d'un accord préalable de la Caisse primaire d'Assurance maladie dans des cas exceptionnels (12).

III- LA NATURE DE LA PMT

La PMT est avant tout une prescription. Il s'agit donc d'un « *acte d'un médecin consignait par écrit la thérapeutique qu'il institue* » (13).

En matière de prescription, le médecin dispose d'une liberté d'action. L'article 8 du Code de déontologie, reproduit à l'article R. 4127- 8 du code de la santé publique, est le garant de cette liberté de prescription. Il dispose ainsi : « *Dans les limites fixées par la loi (...), le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance* ».

La rédaction de la PMT requiert une expertise médicale nécessitant l'intervention du médecin. Il s'agit par conséquent d'un acte médical à part entière.

IV- INTERET DU SUJET

L'idée de la PMT comme objet d'étude s'est naturellement imposée pour plusieurs raisons.

Cela tient en premier lieu aux règles applicables en la matière. Certains MG, même expérimentés, éprouvent une certaine difficulté à appréhender le régime juridique de la PMT. La plupart d'entre eux décrivent la même situation : celle d'un dispositif jugé complexe et inadapté.

Il ressort par ailleurs un paradoxe entre d'une part la considération des MG pour l'acte en lui-même, la reconnaissance de l'existence de cette prise en charge considérée comme utile à la société, et d'autre part les désagréments quotidiens rencontrés à l'occasion de la rédaction de cette prescription.

Enfin et surtout, la PMT apparaît largement perfectible. Des idées d'amélioration de bon sens semblent en effet relativement aisées à appliquer ; d'où l'intérêt d'une telle étude.

En outre, le fait qu'un tel sujet n'ait jamais été traité dans le cadre d'une recherche en médecine n'a fait que confirmer ce choix.

V- OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les finalités de cette recherche sont multiples.

L'objectif principal est d'étudier le ressenti du MG - acteur incontournable de la PMT - sur la question, dont le point de vue n'avait jusqu'alors pas été pris en considération.

L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration du dispositif existant de la PMT.

MATERIELS ET METHODE

I- LA DEMARCHE SCIENTIFIQUE

La présente étude est une analyse qualitative s'intéressant au ressenti des MG sur la PMT.

La démarche adoptée ici est inductive ; elle s'appuie donc sur la théorie ancrée (14). Elle part dès lors de données recueillies directement auprès de praticiens concernés par l'étude, pour aboutir ensuite à un état des lieux du point de vue des MG sur cet acte médical.

Cette recherche qualitative a suivi la méthodologie COREQ (15).

II- LA SELECTION DES SUJETS

Il a ainsi fallu tout d'abord collecter des données auprès d'un public de MG. Le recrutement des sujets s'est opéré au moyen de la méthode de la boule de neige. Tout d'abord dans un cercle proche, qui s'est ensuite élargi à des praticiens conseillés par les premiers participants.

Les critères d'inclusion ont été les suivants : au moment de l'entretien, le sujet, femme ou homme, devait pratiquer la profession de médecin généraliste, peu importe son statut d'exercice, qu'il soit libéral ou salarié, et indifféremment de l'obtention de son diplôme d'études spécialisées ou de son doctorat en médecine. Le choix des participants s'est de plus cantonné géographiquement à des praticiens exerçant dans le département du Nord.

III- LA COLLECTE DES DONNEES

Cette collecte s'est traduite par la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs en face à face. Les entretiens ont été préparés au moyen d'un guide d'entretien préalablement élaboré. Ce guide posait un cadre général commun dans le déroulement de l'entretien,

permettant toutefois de s'adapter aux réponses des sujets et de modifier la chronologie des questions. Il a évolué et s'est densifié au fur et à mesure des entretiens. (Annexe 4)

Ces entretiens se sont déroulés dans le lieu choisi par les personnes enquêtées ; à savoir dans leur cabinet, à leur domicile, ou dans un lieu public. Ils ont été enregistrés au moyen d'un enregistreur audio. Naturellement, tous les enregistrements ont été anonymisés.

IV- LE PROCESSUS DE CODAGE

Une fois retranscrites intégralement grâce à un logiciel de traitement de texte, les données ont fait l'objet d'un codage d'abord ouvert puis axial, au moyen du logiciel NVivo 12. L'encodage axial a ensuite permis l'émergence de plusieurs catégories principales présentées dans la partie consacrée aux résultats.

Un deuxième encodage des entretiens a été opéré par un autre doctorant afin de procéder à une triangulation des données. La finalité de ce double codage est à la fois la recherche de l'exhaustivité et également de l'objectivité.

Les données ainsi obtenues ont finalement fait l'objet d'un décryptage plus sélectif à l'aide de la méthode d'analyse *SWOT*, encore appelée AFOM, que nous préciserons ultérieurement.

Par ailleurs, à l'issue de tous les entretiens, et postérieurement au processus de codage, un entretien informel a été fixé avec un médecin-conseil, le référent régional de la prescription médicale de transport. Ce rendez-vous était initialement destiné à répondre à des interrogations purement techniques. Il a également permis d'appréhender les tendances régionales en matière de transport sanitaire et d'envisager la problématique du point de vue de l'Assurance maladie.

RESULTATS

I- CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES ET DES ENTRETIENS

Les caractéristiques principales des entretiens individuels sont présentées dans le tableau récapitulatif ci-dessous.

Tableau récapitulatif des entretiens :

| | Sexe | Tranches d'âge (années) | Forme d'exercice principale | Lieu d'exercice (arrondissement) | Maitre de stage (oui/non) | Durée de l'entretien (minutes) |
|------|-------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| E.1 | ♂ | 70 - 79 | Libéral | Douai | Non | 19:38 |
| E.2 | ♂ | 40 - 49 | Libéral | Douai | Oui | 28:53 |
| E.3 | ♂ | 50 - 59 | Libéral | Douai | Oui | 50:00 |
| E.4 | ♂ | 50 - 59 | Libéral | Lille | Oui | 26:56 |
| E.5 | ♂ | 30 - 39 | Libéral | Valenciennes | Non | 10:16 |
| E.6 | ♀ | 20 - 29 | Interne | Douai | - | 18:20 |
| E.7 | ♂ | 40 - 49 | Libéral | Douai | Non | 12:57 |
| E.8 | ♂ | 60 - 69 | Libéral | Douai | Oui | 24:50 |
| E.9 | ♂ | 60 - 69 | Libéral | Douai | Oui | 28:18 |
| E.10 | ♀ | 30 - 39 | Libéral | Douai | En cours de formation | 16:33 |
| E.11 | ♀ | 20 - 29 | Interne | Douai | - | 18:14 |

Les entretiens ont été réalisés entre mai 2019 et janvier 2020. La durée moyenne d'un entretien est d'environ 23 minutes et 10 secondes ; étant précisé que la durée des interviews s'échelonne entre 10 minutes et 50 minutes pour un total cumulé de près de 4h15 d'enregistrement. La suffisance théorique des données a été atteinte au bout du 7^e entretien. Quatre autres entretiens ont permis de le confirmer.

II- ANALYSE THEMATIQUE DU CORPUS COMPOSE DE 11 VERBATIMS

A- L'appréhension de la prescription médicale de transport

1. L'impression globale

« Ce n'est pas une tâche valorisante, ça embête tout le monde (...) ça casse les pieds à tous de faire de la paperasse. » (E.9)

a. Une influence sur le quotidien

Les médecins généralistes interrogés expriment le poids de la PMT sur leur quotidien : *« c'est insupportable au quotidien (...) C'est une source d'agacement au quotidien » (E.7), « Ça contribue à dégrader mes conditions de travail et ça me fait me poser des questions sur le sens de ma pratique (...) C'est usant. » (E.2), « l'importance que ça peut représenter au quotidien pour un médecin généraliste s'il est fait pour tout monde » (E.9).*

A tel point que ladite prescription serait source d'une dévaluation de la profession : *« on dégrade la profession et après on va se plaindre que des jeunes ne s'installent pas, que des jeunes fuient, qu'il y a des médecins qui « déplaquent » avant l'âge de la retraite » (E.2).*

b. Fréquence

L'impression sur la PMT des sujets étudiés résulte également du temps nécessaire qu'impose la réalisation de ces actes médicaux : *« Et en fait c'est ça qui embête les médecins, c'est la quantité qu'on a. Il y en a tous les jours » (E.9), « oui c'est chronophage » (E.7), « il y a des jours, on peut en avoir 3, 4, ou 5 » (E.2).*

c. La finalité de l'acte

L'objectif de la PMT est la « *la poursuite des soins* ». Celle-ci « *fait qu'il y a nécessité pour le médecin traitant de faire en sorte que ça se passe bien* » (E.4).

Ces soins sont réalisés chez le médecin « *spécialiste ou à l'hôpital* » (E.8), sans pour autant qu'il soit le destinataire exclusif de la PMT, qui peut en effet aussi prévoir « *des soins de kinésithérapie* » (E.4). Un des sujets propose en outre d'étendre en pratique cette liste aux MG : « *pourquoi (...) ce bon de transport ne lui permettrait pas de venir à la consultation de son médecin généraliste* » (E.3).

Enfin, une alternative à la PMT est évoquée ; un généraliste invite « *certaines spécialistes (à) être mobiles, notamment sur des consultations qui sont du registre du handicap* » (E.5).

2. Une qualification spécifique

Les enquêtés qualifient alternativement la prescription médicale de transport de « *bon* » (E.7), « *formulaire* » (E.2) et « *prescription* » (E.3).

Ils agrémentent ces notions d'adjectifs qualificatifs tels que « *bon de transport* » (E.9), « *formulaire vert* » (E.1), « *prescription de transport* » (E.5) ou encore « *prescription de transport verte* » (E.2).

Par ailleurs, certains sujets étudiés comparent ladite prescription à une « *paperaise* » (E.2), à une « *tâche* » (E.9).

3. La qualité de l'acte

a. Un acte médical

Les praticiens interrogés s'entendent sur la qualité médicale intrinsèque de la prescription médicale de transport : « *la prescription médicale de transport est un acte médical (...) Ce doit être rempli par le médecin et signé par le médecin.* » (E.2), « *le fait de faire un bon de*

transport c'est effectivement un acte médical » (E.3), « La partie médicale c'est vérifier que les conditions à la prescription d'un transport médicalisé existent. C'est au médecin d'évaluer ça » (E.9).

Ce sentiment n'est néanmoins pas unanimement partagé : *« on a très peu de temps médical, ça ne doit pas être pollué par ce genre de choses » (E.7).*

b. Le rédacteur de l'acte

La rédaction de cet acte est parfois accomplie par *« un secrétariat » (E.7)*. Au regard de ses particularités, elle pourrait toutefois être déléguée à un personnel identifié : *« Mais on pourrait dire qu'une infirmière pourrait aussi le faire. C'est sûr que pour un non-professionnel de santé, c'est sans doute plus compliqué (...) A un assistant médical, puisqu'il faut qu'il y ait un minimum de connaissances du système de santé et des règles » (E.9).*

B- Le régime juridique applicable

1. Des règles connues

Les différents médecins questionnés disposent d'une connaissance précise de certaines règles applicables en matière de prescription médicale de transport notamment en ce qui concerne l'initiateur de la prescription (a) et les moyens de transport (b).

a. L'initiateur de la prescription

Même s'*« il fut un temps où c'était le médecin traitant, le médecin généraliste consulté, qui était responsable de tous ces transports, qui prescrivait tous les transports du patient » (E. 3)*, désormais, les sujets de l'étude s'accordent sur l'application du principe selon lequel le praticien qui est à l'origine d'une consultation est celui qui doit prescrire le transport afférent :

- *« c'est au médecin qui demande l'examen, ou qui convoque à la consultation, qui doit faire cette prescription médicale de transport » (E.2),*

- « *Alors après, il y a eu une directive de la Sécurité sociale qui n'est pas une loi, qui dit que c'est le médecin qui est à l'origine du déplacement qui doit rédiger la prescription de transport.* » (E.9)

Ce principe apparaît comme une règle évidente : « *Il me semble que c'est la règle logique.* » (E.1), « *ça me semble normal que je rédige le bon (...) C'est du bon sens* » (E.7).

b. Les moyens de transport

Il ressort des entretiens que la compréhension de certaines règles relatives aux moyens de transport est relativement aisée : « *La position allongée, bon c'est facile* » (E.3), « *L'ambulance c'est simple* » (E.8).

Les personnes interrogées distinguent en effet les différents moyens de locomotion : « *l'ambulance, le véhicule sanitaire léger ou le taxi conventionné* » (E.4) et identifient les régimes juridiques applicables.

Cela repose principalement sur une dichotomie entre transports couchés et assis, qui est justifiée par l'état du patient : « *Si c'est une personne qui n'est pas capable de se déplacer du tout ni de faire cinq mètres, ce sera une ambulance. Quelqu'un qui sait marcher, monter en voiture... pour moi, à partir du moment où ils savent monter en voiture, ils peuvent aller dans des VSL* » (E.6), « *Quand ils peuvent marcher, c'est un VSL. Quand ils ne peuvent pas marcher c'est une ambulance* » (E.8).

2. Des règles complexes

Les entretiens semi-directifs mettent en lumière les lacunes des médecins interrogés quant à leurs connaissances théoriques sur le sujet qui résulteraient de la complexité du cadre juridique de la prescription médicale de transport :

- « *J'ai beaucoup de mal aussi à comprendre, sur la difficulté de cette rédaction de bons de transports, les conditions d'exonération, ou plutôt les conditions de prise en charge (...) Je fais avec cette complexité, cette difficulté et puis toutes les lacunes que je peux avoir autour de ça. (...) Il y a plein de choses qui ne sont pas claires dans ma tête.* » (E.3),

- « *je trouve que ce n'est pas clair (...) Il y a beaucoup de cases, beaucoup de choses à lire (...) c'est flou en fait* » (E.11).

Pour être exhaustif, notons ici que ce point de vue a tout de même été tempéré : « *pour moi c'est simple la prescription de transport* » (E.8).

3. Des pratiques irrégulières

« *Mon opinion ? C'est clairement que je ne respecte pas toujours les règles.* » (E.10).

a. Aspect économique et social

Les personnes interrogées évoquent la possibilité de prendre en compte l'aspect économique et social du patient dans la décision de prescrire un transport : « *la médecine c'est quand même beaucoup d'humanité. On est forcément obligé d'avoir une certaine sympathie, empathie* » (E.1), « *Et puis tu as quelque fois sur des critères sociaux. (...) J'avouerais l'avoir déjà fait dans ma vie professionnelle.* » (E.3), « *On est aussi là pour faire du social. (...) Il faut tenir compte aussi de la misère économique des gens.* » (E.8).

Sans pour autant que la prise en compte du caractère économique-social ne soit systématiquement admise : « *Non, ce n'est pas suffisant pour moi.* » (E.9).

Les sujets de l'étude admettent néanmoins que cette pratique sort du cadre juridique : « *On est obligé de bricoler. Avec une législation comme ça, si on ne bricole pas, on ne fait plus grand chose.* » (E.3), « *C'est vrai mais parfois on déroge quand même, c'est évident (...) ce n'est pas légal* » (E.8).

b. Régularisations a posteriori

Les médecins indiquent par ailleurs procéder à des régularisations a posteriori : « *Bien souvent on essayait de régulariser.* » (E.1), « *Alors quelques fois on fait du rattrapage aussi, après coup.* » (E.4).

Là encore, la question de la légalité de ces pratiques est évoquée : « Ça c'est interdit, mais on est obligé de le faire. » (E.4), « Alors parfois c'était impossible, notamment dans les cas où il y avait un abus notoire, qu'on ne pouvait absolument pas contourner. » (E.1).

C- Les relations extérieures

1. Les rapports entretenus avec la patientèle

Le plan adopté ici est progressif ; en effet, une fois la prescription demandée (a), le médecin évalue sa pertinence (b) pour l'accepter ou la refuser (c).

a. L'instigateur de l'acte

Les témoignages concordent sur le fait que le patient est souvent à l'origine de la PMT : « Souvent c'est le patient qui demande » (E.2), « C'est sollicité par le patient. » (E.5), « il y a des patients qui prennent des consultations seulement pour un bon de transport » (E.7).

Et ce, de manière plus ou moins pressante : « La plupart du temps c'est le patient qui nous la demande (...) le patient insiste » (E.3), « il est assez courant qu'on nous force un peu la main, que ce soit le patient » (E.1).

b. Evaluation de la demande

Pour apprécier la pertinence de la PMT, les médecins interrogés analysent au préalable la capacité et l'autonomie de déplacement du patient :

- « On l'apprécie dans sa capacité globale de déplacement, si celle-ci est aisée ou non » (E.1).

- « S'il ne me la demande pas et qu'il se déplace très bien je ne lui fais pas de PMT » (E.9)

c. La décision de prescrire

α- Une acceptation ou un refus ...

« C'est typiquement le sujet qui prend les médecins un peu en otage. Soit on se dit qu'on suit stricto sensu la règle et les patients vont éventuellement en pâtir, mais d'un autre côté on ne veut pas être méchant avec le patient. » (E.9)

Les médecins ayant participé à la présente enquête prennent ensuite une décision : celle d'accepter ou de refuser l'établissement de la PMT : « pour moi ils n'y ont pas le droit, il n'y a pas de raison de leur prescrire » (E.6), « Je refuse. J'explique aux gens qu'ils ne seront pas remboursés » (E.9), « je ne fais pas d'état d'âme » (E.5), « il faut être sévère en disant qu'il n'y a pas d'autre solution » (E.4).

Il est précisé que certains d'entre eux admettent accepter systématiquement les demandes :

- « J'ai toujours fait les bons pour ne pas embêter le patient. » (E.7),

- « Moi je le fais naturellement parce que le patient me le demande et je trouve que c'est logique de continuer les soins, qu'il n'y ait pas de rupture (...) je pense que la poursuite des soins fait qu'il y a nécessité pour le médecin traitant de faire en sorte que ça se passe bien » (E.4).

β- ... expliqué(e)

La décision de prescrire fait ensuite l'objet d'explications au patient :

- « Alors moi j'explique (...) bien expliquer dans l'éducation du patient (...) Il faut leur expliquer : il y a des conditions de remboursement et si elles ne sont pas remplies, vous assumez.» (E.9).

γ- Le cas de la prescription sans prise en charge

D'autre part, dans certaines hypothèses, les sujets de l'étude consentent à produire délibérément une prescription médicale de transport sans prise en charge puisque « Tout compte fait il n'y a rien qui t'interdit de faire un bon de transport à un patient, même si c'est tendancieux » (E.3), « J'en fais une en leur disant qu'ils ne seront pas remboursés de toute façon » (E.8).

δ- La réaction du patient

Enfin, la décision de prescrire peut être source de « *frictions* » (E.4) entre le médecin généraliste et son patient: « *ça peut créer des tensions sur la consultation* » (E.7), « *ils ne sont pas contents parfois* » (E.8), « *la pression des patients* » (E.2), « *c'est là où la discussion est peut-être un peu plus compliquée* » (E.6).

Parfois à tel point d'avoir « *perdu des patients à cause de ça* » (E.2).

2. Les rapports entretenus avec le transporteur

Les propos tenus par les sujets de l'enquête décrivent le comportement adopté par certains ambulanciers (a) et les relations qu'entretiennent le prescripteur et l'ambulancier (b).

a. Attitude des ambulanciers

α - L'exigence d'une prescription *a priori*

Il ressort des témoignages que les sociétés d'ambulance exigent l'établissement d'une prescription médicale de transport préalablement au transport : « *Et maintenant les ambulanciers exigent le bon de transport en format papier avant de transporter* » (E.8), « *On a de plus en plus d'ambulanciers qui nous disent d'ailleurs : "S'il n'y a pas le bon de transport, on refusera le transport"* » (E.3), « *Alors vis-à-vis des ambulanciers, maintenant en plus ils demandent les prescriptions médicales de transport avant les transports ; c'est souvent trois jours avant le transport, donc il faut la faire tout de suite* » (E.2).

Cette exigence est parfois justifiée par les enquêtés : « *je peux comprendre que les organismes de transport ne prennent plus les gens s'ils n'ont pas leur bon à l'avance* » (E.7), « *normalement ils n'ont pas le droit de transporter quelqu'un sans bon de transport* » (E.3).

β - La question du moyen de locomotion

Les médecins interrogés relatent ensuite des situations « *fréquente(s)* » (E.1) auxquelles ils sont confrontés quant au choix du transport :

- « on essaie de nous forcer la main en nous disant qu'un transport en VSL ne sera pas pris en charge alors qu'une ambulance couchée, elle, le sera » (E.1),

- « c'est déjà qu'il y a un gros problème du point de vue des ambulanciers qui nous envoient des ambulances quand on demande des VSL (...) Quand on est en ville et qu'on demande un VSL, c'est la même chose, ils nous disent : "De toute façon, ce ne sera pas remboursé pour le patient. Par contre, si c'est une ambulance, ce sera remboursé. Il vaut mieux demander une ambulance". » (E.6),

- « on se retrouve dans une situation où des ambulanciers n'achètent plus de VSL, ils n'investissent que dans des ambulances » (E.4)

- « on entend l'ambulancier dire ça aussi : "Il faut dire au médecin qu'il mette en ambulance parce que c'est pris en charge" » (E.9).

Cela, jusqu'à « suspecte(r) aussi certains transporteurs de cocher abusivement la case ALD pour des patients » (E.2).

L'attitude décrite quant à la sélection du transport adapté est elle-même justifiée par les praticiens dans ces termes : « Du côté ambulancier c'est donc assez compliqué. Ils ont des problématiques qui dépassent le besoin du patient ; ils ont besoin de faire tourner une boutique. » (E.2).

Cette explication d'ordre financier n'est néanmoins pas commune à l'ensemble des témoignages : « Quand je vois ce que les ambulanciers se mettent dans la poche après avoir fait un transport. » (E.3).

γ- La ponctualité des transporteurs

Enfin, il ressort des entretiens que certains transporteurs « ne sont pas forcément à l'heure » (E.6).

b. Etat des relations

Les sujets de l'étude font part d'une entente qui « ne se passe pas toujours bien » (E.8) : « Pour dire vrai, les relations avec les ambulanciers sont compliquées » (E.2).

Les réactions des praticiens mettent en lumière la qualité des rapports qu'entretiennent les médecins généralistes et les ambulanciers à propos de la prescription médicale de transport : « *J'ai déjà eu une discussion avec eux pour leur dire que je n'antidate pas.* » (E.2), « *Les ambulanciers sont déjà venus plusieurs fois à ma porte se plaindre mais je réponds : « Non, c'est la loi, c'est la règle, vous ne pouvez pas me demander d'enfreindre la loi ! ».* Ils repartent en râlant mais ils repartent, et maintenant ils ne viennent plus. » (E.9).

3. Les rapports entretenus avec la CPAM

a. Les rencontres avec les représentants de la CPAM

Les médecins questionnés évoquent des rencontres avec les délégués de la CPAM : « *Du côté sécu, j'ai une dame chargée de mission "prescription médicale de transport" de la sécu (...) elle faisait simplement le tour des médecins généralistes* » (E.2), « *Une fois, j'avais rencontré la déléguée de la Sécurité sociale.* » (E.6), « *Chaque fois que je vois le délégué à l'Assurance maladie* » (E.9).

Pour autant, ces rencontres ne concernent pas tous les sujets étudiés : « *Pas de rapport. Aucun. On ne peut pas les avoir de toute façon, on tombe sur les plateformes.* » (E.8).

b. La teneur des échanges

α- Un rappel des règles

Les représentants de la CPAM renseignent tout d'abord des règles applicables en matière de transport sanitaire : « *rappeler les règles, distribuer un schéma* » (E.2), « *Elle m'avait donc redonné les grands cadres mais elle n'était pas rentrée dans les détails.* » (E.6), « *elle te fait un rappel, elle te donne un courrier qui rappelle les règles de prescription* » (E.7).

β- Une sensibilisation concernant les dépenses publiques

L'Assurance Maladie procède également à « *une sensibilisation (...) via les délégués de l'assurance maladie sur le coût de nos transports* » (E.3).

Ces représentants de la CPAM « disent "attention, ça coûte très très cher à la Caisse et on va tout faire pour les réduire" » (E.3)

Il ressort des témoignages recueillis que la question du coût des transports sanitaires est déjà « un sujet de préoccupation pour le médecin » (E.3) :

- « la Sécu perd beaucoup d'argent sur la prescription telle qu'elle est réalisée actuellement » (E.4).

c. La qualité de la relation

Quel est le ressenti des médecins interrogés sur les rencontres avec les délégués de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ?

Les avis divergent :

- « (elle) est venue me faire une leçon de morale (...) Je n'ai pas trop apprécié cette position. » (E.2),

- « Il n'y a pas de problème. Je n'ai pas eu de remontrance par rapport à la prescription médicale de transport » (E.10).

4. Les rapports entretenus avec les autres praticiens

Dans sa relation avec le médecin de second recours ou hospitalier, le MG fait part de la « grande problématique (...) du médecin prescripteur » déjà évoquée plus tôt. (E.2)

Il exprime ainsi clairement :

- « On n'est pas les sbires ou les esclaves des autres. Non, chacun doit assumer son rôle de A jusqu'à Z. » (E.1),

- « C'est très dérangeant, très énervant. » (E.2),

- « C'est le cas du CHR : ils ne rédigent jamais les bons de transport et ils disent au patient que c'est le médecin traitant qui doit le faire (...) je trouve ça un peu désobligeant de la part de certains spécialistes car on a l'impression que le spécialiste se dit : "c'est le médecin traitant, moi je ne fais pas les bons" » (E.7).

D'autre part, il invite, nous l'étudierons dans le cadre des propositions d'amélioration, les délégués de la CPAM à former ces médecins de second recours et hospitaliers.

D- Les propositions d'amélioration

1. Réforme du dispositif légal

a. Refonte des règles de prise en charge

Les MG considèrent qu' « *il faut revoir les règles de remboursement, en tout cas de la justification de ce remboursement* » (E.2). Plusieurs propositions sont dès lors avancées :

α- Ecarter la condition d'affection de longue durée

Celle d'écarter la notion d'affection de longue durée : « *Revoir les règles de la prise en charge. S'il y a un besoin, une incapacité, il faut prendre en charge, avec évidemment une exigence de justification. Je préfère être contrôlé sur les besoins réels du patient, plutôt que sur son ALD (...) L'ALD il faut l'oublier pour la PMT* » (E.2), « *Après les critères de remboursement et de non-remboursement, la séparation ALD non ALD, elle est assez clivante* » (E.5).

β- L'instauration d'une franchise

Celle d'instaurer un système de « *franchises* » que les patients devraient « *physiquement (...) payer (...) ça pourrait, ne pas limiter, mais les sensibiliser (...) Parce qu'il ne faut pas non plus les pénaliser* » (E.6),

γ- Une dispense d'avance des frais

Et enfin celle relative à l'avance de frais : « *Moi ce que je ferais à la place de la Sécu c'est un remboursement en dehors des causes d'urgence pour faire une prise en charge pour les VSL (...) Je voudrais moi, que ce soit un VSL ou une ambulance, qu'il y ait une même dispense d'avance des frais pour les patients* » (E.4)

b. Réorganisation des moyens de transport

Les témoignages sont source de propositions de réforme des transports : « *Il faudrait à mon avis obliger les sociétés d'ambulances à avoir systématiquement des VSL (...) on se retrouve dans une situation où des ambulanciers n'achètent plus de VSL, ils n'investissent que dans des ambulances* » (E.4).

La dichotomie ambulance/VSL n'est pas la seule problématique évoquée, les participants à la présente enquête s'interrogent également sur la pertinence des différents transports sanitaires assis : « *Donc à partir du moment où il n'y a pas un meilleur service, je ne vois pas l'intérêt de donner un VSL plutôt qu'un taxi assis* » (E.9), « *Il faut peut-être recréer la notion de VSL et de taxi conventionné* » (E.4).

Enfin, les entretiens semi-directifs soulèvent une problématique quant à la différence notable de qualité de service proposée entre l'ambulance et le TAP : « *Une mémé de 90 ans, je ne vais pas lui demander un VSL dans la mesure où les ambulanciers vont la déposer à la porte et elle va se casser la figure parce que l'ambulancier ne va pas faire l'effort. (...) Donc je leur prescris parfois une ambulance parce que là ils sont pris en charge jusqu'au bout.* » (E.8).

2. Une information à parfaire

a. A l'attention des médecins ...

α- ... généralistes

Les médecins interrogés regrettent le manque de formation universitaire sur ce sujet bien spécifique : « *on n'est pas super bien formé (...) On n'a pas de formation pour savoir dans quels cas on doit prescrire une ambulance, un VSL, dans quels cas c'est remboursé, dans quels cas le patient doit payer (...) Je pense qu'il faut clairement nous former régulièrement et ce dès le début de l'internat* » (E.6).

Il en est de même concernant l'information provenant des délégués de la CPAM que les médecins jugent perfectible : « *Très souvent quand on a téléphoné à un service, on a des indications, mais on n'a pas des choses bien précises* » (E.3), « *Elle m'avait donc redonné*

les grands cadres mais elle n'était pas rentrée dans les détails (...) ils viennent présenter mais ça ne dure même pas 5 minutes (...) ils nous apprennent ce qu'on sait déjà » (E.6).

β- ... de second recours ou hospitaliers

Les sujets de l'enquête préconisent en outre de renforcer les informations destinées aux médecins de second recours ou hospitaliers quant à l'initiative de la prescription :

- « *Chaque fois que je vois le délégué à l'Assurance maladie, je lui demande de refaire les informations auprès des hôpitaux, auprès des spécialistes, en disant : "Ils doivent rédiger les PMT qu'ils provoquent" » (E.9)*

- « *Les pistes d'améliorations c'est que tous les médecins soient au courant de ce qu'ils doivent faire. Or, à l'hôpital, ils ont très réticents à faire des bons de transport. » (E.8).*

b. A l'attention des patients

Les praticiens aspirent enfin à ce que la CPAM participe à la transmission d'informations directement auprès des patients : « *si la CPAM faisait une communication de temps en temps envers les assurés (...) C'est pour ça que je dis que la Sécu devrait bien expliquer aux gens. » (E.9), « ça devrait être mieux explicité auprès des patients (...) ils ne font rien» (E.7).*

DISCUSSION

I- DISCUSSION DE LA METHODE DE RECHERCHE

A- Les points forts de l'étude

1. Une démarche scientifique reconnue

La scientificité de cette étude est garantie par la méthodologie adoptée en l'espèce. Nous l'avons évoqué, la théorie ancrée, qui est un instrument de recherche destiné à l'analyse qualitative, prévoit une collecte de données brutes permettant d'aboutir ensuite à une construction théorique.

L'analyse des critères COREQ renforce par ailleurs la démarche scientifique de la présente recherche. Que ce soit sur la qualité du chercheur et ses relations avec les participants (16), qu'au niveau de la conception de l'étude (17) ou encore sur l'analyse des données et la rédaction (18), la grille COREQ a le mérite de tendre vers l'objectivité puisqu'elle limite l'influence des opinions personnelles du chercheur.

Le double codage est également réalisé dans cette optique. Certes le point de vue de l'auteur se reflète nécessairement sur sa démonstration, mais la méthode choisie permet d'en réduire l'incidence.

2. Un sujet d'actualité

La PMT intéresse les pouvoirs publics, notamment en raison du poids grandissant qu'elle représente dans les dépenses de l'Assurance maladie.

Aussi, cette dernière décennie, nous l'avons vu, la Cour des comptes s'y est penchée à deux reprises, en 2012 puis en 2019. Un rapport interministériel a par ailleurs été réalisé par les représentants de différents corps rattachés au gouvernement : l'Inspection générale des affaires sociales, l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale de l'administration (19). La PMT a d'autre part fait l'objet d'une réforme d'ampleur

prévoyant de confier aux établissements de santé le financement des dépenses de transport de patients inter et intra hospitaliers (20).

3. Une étude inédite

La richesse de cette recherche est son unicité. A ce jour, aucune étude, abordée sous l'angle du prescripteur, ne s'est intéressée à ce domaine bien spécifique. La consultation des moteurs de recherche tels que le SUDOC permet de s'assurer de la singularité de cette étude.

B- Les points faibles de l'étude

1. Sélection des sujets

Le critère 10 de la méthodologie COREQ invite à un échantillonnage des sujets de l'étude permettant de recueillir des données exhaustives sur la PMT. Aussi, il a fallu procéder à une recherche de la variation maximale dans la sélection des participants.

a. Par genre

Les femmes représentent à peine un tiers des personnes ayant participé à la recherche. Aussi, les deux derniers entretiens ont été recueillis auprès de femmes afin de tendre vers une parité entre femmes et hommes.

Ce point dessert particulièrement la scientificité de la présente démonstration. D'autant plus que la profession connaît une tendance à la féminisation.

b. Par âge

Concernant le choix des participants, toutes les générations de MG sont représentées dans cette étude, comme en témoigne le tableau récapitulatif des médecins interrogés exposé précédemment.

Notons ici que deux internes ont participé à la présente recherche (E.6 et E.11), de même que deux MG (E.1 et E.8) en fin de carrière.

c. Cantonnement géographique

Le champ d'étude se cantonne aux MG exerçant leur activité dans le département du Nord. Par l'effet boule de neige, les sujets ont été sélectionnés dans les arrondissements de Douai, Lille et Valenciennes représentant plusieurs types de territoires, tantôt en zone rurale, tantôt en zone urbaine. L'anonymité des sources conduit cependant à ne pas rentrer dans le détail.

2. Une vision orientée

a. Dans la collecte des données

L'effet d'Hawthorne (21) est un écueil à éviter dans toute étude de sciences humaines. Il semble toutefois atténué par la qualité des participants. Les sujets interrogés, tous docteurs en médecine, sont sensibilisés à de telles études, et sont donc moins enclins à distordre leur opinion.

b. Dans l'analyse des données

A partir des résultats obtenus, il est proposé d'analyser le sujet au moyen de la méthode d'analyse *SWOT*. Même si ce procédé est reconnu académiquement, son emploi est ici critiquable. C'est avant tout une analyse stratégique destinée aux entreprises qui offre une vision binaire : diagnostics interne et externe, points fort et faible (22), et à ce titre fatalement orientée. Nuancions toutefois ce constat : son utilisation pratique dépasse largement le champ de la gestion d'entreprises. Nous expliquerons ainsi plus tard la pertinence de ce choix au cas présent.

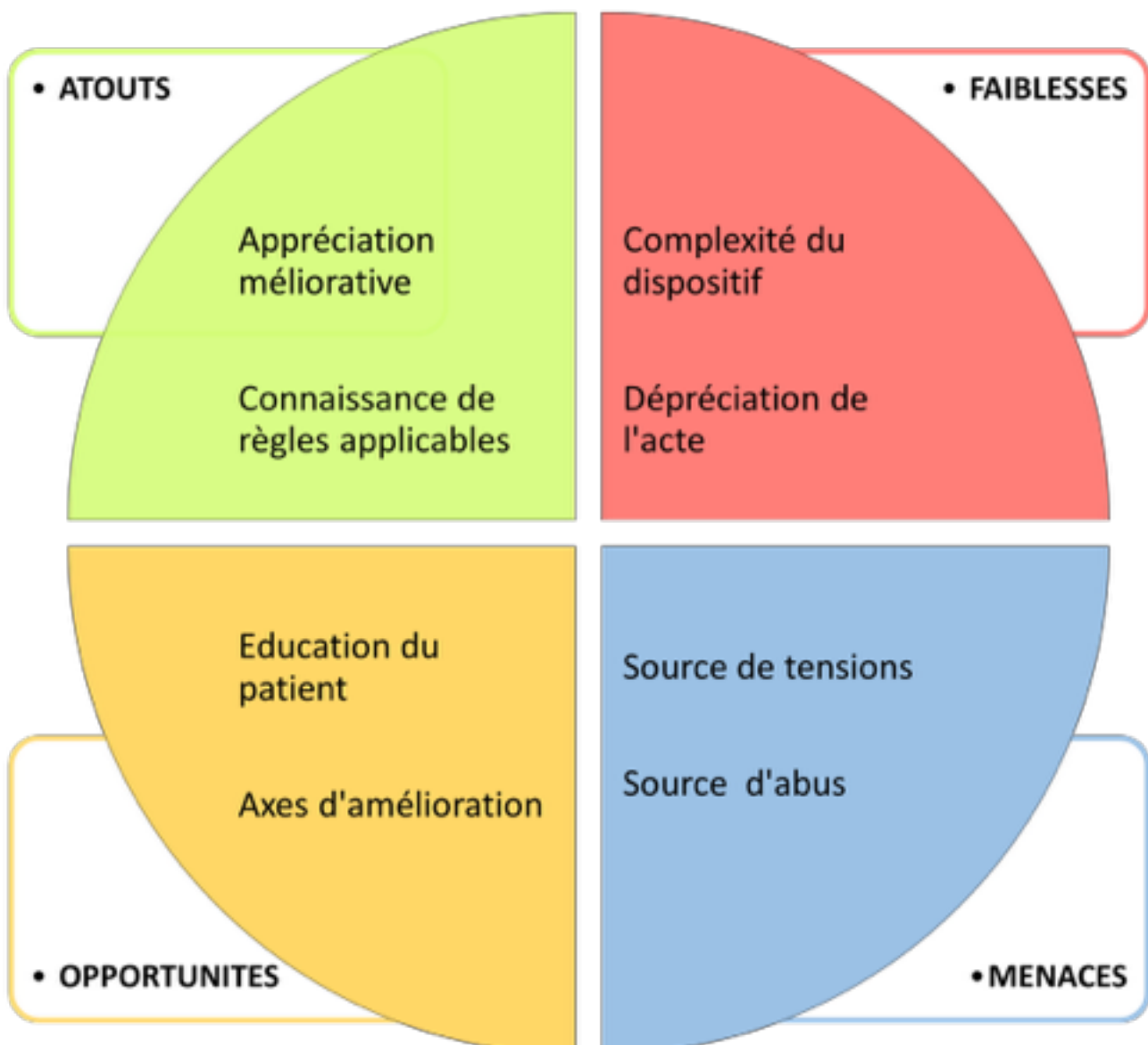
II- DISCUSSION DES RESULTATS

La démarche scientifique adoptée pour analyser les résultats obtenus à la suite de l'encodage axial est la méthode *SWOT* évoquée plus tôt. C'est un acronyme anglophone signifiant : *strengths*, *weaknesses*, *opportunities* et *threats*. Sa traduction littérale est AFOM : atouts, faiblesses, opportunités et menaces.

Quoiqu'il offre un cadre très structuré qui laisse peu de place à une interprétation transversale des points de vue des MG sur la PMT, ce procédé a tout de même le mérite de couvrir l'intégralité du sujet abordé et d'en proposer une vision générale.

A partir des propos recueillis au cours des entretiens, la matrice AFOM permet de décrypter les forces de la PMT, tant au niveau de l'acte lui-même (Atouts) que des débouchés qu'il offre (Opportunités). L'analyse AFOM n'omet pas de mettre en lumière les insuffisances de ladite prescription : intrinsèquement (Faiblesses) et les risques qu'elle induit (Menaces).

Schéma récapitulatif de la méthode d'analyse AFOM :



A- Atouts

Seront présentées ici les forces intrinsèques de la PMT telles que mises en évidence par les médecins interrogés.

1. Appréciation méliorative

a. Un acte médical nécessaire

Au-delà de la tâche de prescrire à proprement dit qui est, nous le verrons, globalement dépréciée, les médecins généralistes reconnaissent véritablement l'utilité sociale de la PMT. Ainsi, au-delà des multiples défauts mis en lumière dans les entretiens de cette étude, les sujets interrogés saluent l'existence même de la prescription médicale de transport à la française.

Il est d'ailleurs bien établi que la PMT est pour la plupart d'entre eux un acte profondément et intrinsèquement de nature médicale.

L'analyse comparative des systèmes de santé comparables à la France illustre l'importance que revêtent les transports de patients dans notre pays. Ainsi, en 2013, les dépenses publiques de transport de malades non urgent représentaient en France, 63 euros par habitant, loin des 16 euros en Allemagne, ou encore de l'absence de prise en charge de principe en Belgique (23).

b. Marges de manoeuvre

Au-delà du cadre strictement légal, la prescription de transport offre en pratique aux MG des marges de manoeuvre permettant de s'adapter aux cas particuliers. Les sujets de l'étude apprécient cette flexibilité, alors même que ces usages outrepassent les règles en vigueur.

α- L'aspect économique et social

Le régime juridique de la PMT pose des critères strictement médicaux à la mise en place effective d'un transport.

Pour autant, il ressort des entretiens que cette prescription permet en pratique à ceux qui la rédigent de prendre en compte l'aspect économique et social du patient.

L'inadaptation du droit au fait est ici flagrante : les « *critères sociaux* » (E.3) sont une réalité que le droit ignore.

Certains MG méconnaissent en pratique les dispositions légales, ce qui n'est d'ailleurs pas sans poser certains risques juridiques : « *On est aussi là pour faire du social. (...) Il faut tenir compte aussi de la misère économique des gens.* » (E.8).

Cantonner les conditions de prise en charge d'un transport sanitaire à des critères purement médicaux n'est pas une situation satisfaisante pour plusieurs médecins interrogés. Certes les éléments d'ordre médical doivent constituer le socle de base pour apprécier la nécessité d'une prise en charge, mais sans omettre de prendre en compte l'environnement économique et social du patient. A ce titre, plusieurs sujets de l'étude évoquent la mission éminemment sociale du médecin et la nécessité de s'adapter à la situation particulière du patient. En effet, il ressort des entretiens réalisés que l'absence de prise en charge d'un transport est parfois un frein à la tenue d'une consultation. Dans ces hypothèses, la transgression des règles peut être une condition *sine qua non* à la poursuite des soins.

β- Les régularisations *a posteriori*

Dans le même esprit, les sujets de l'étude admettent procéder à des régularisations *a posteriori*. Ils se sentent parfois « *obligé de le faire* » (E.4) pour ne pas pénaliser leur patient.

A tel point qu' « *une grande partie des trajets pris en charge par l'assurance maladie n'est pas précédée d'une prescription médicale préalable* » (24).

Pourtant, la production d'une prescription après le transport est strictement encadrée par la loi ; seul un cas d'urgence permet une prise en charge par la CPAM en l'absence d'une prescription *a priori* (25).

Les régularisations sont donc en principe prohibées, les sujets interrogés en ont parfaitement conscience : « *normalement ils n'ont pas le droit de transporter quelqu'un sans bon de transport* » (E.3). Celles-ci semblent néanmoins être devenues, si ce n'est la norme, au moins courantes.

Ces régularisations sont tellement rentrées dans les moeurs des MG que ces derniers regrettent - injustement - que les ambulanciers exigent désormais un « *bon de transport en format papier avant de transporter* » (E.8).

2. Connaissance de règles applicables

Les différents médecins questionnés disposent d'une connaissance précise de certaines règles applicables en matière de prescription médicale de transport notamment en ce qui concerne l'initiateur de la prescription et les moyens de transport.

a. L'initiateur de la prescription

α- Un principe acquis

Les MG interrogés sont unanimes : le prescripteur doit être celui qui est demandeur de la consultation. Ce principe leur apparaît « *logique* » (E.1) et concerne tous les médecins. Nous le verrons, la méconnaissance de cette règle provoque fatalement une charge de travail plus importante pour les MG et est source de tensions entre eux et les autres praticiens.

Pour autant, sur quel fondement s'appuie cette règle apparemment évidente ?

β- Un principe coutumier

Aucune disposition légale ou réglementaire n'instaure un tel principe. Aussi, il n'existe pas en droit français de règle contraignante à ce sujet. Il s'agit en réalité d'une pratique qui est suivie par la plupart des médecins et qui a à ce titre été consacrée par l'usage. On peut ainsi l'assimiler à une coutume ; elle semble plus répandue chez les généralistes que chez les médecins de second recours ou hospitaliers.

Par ailleurs, ce principe coutumier est entretenu par les délégués de la CPAM qui le relaient à l'occasion de leurs visites aussi bien aux médecins de premier ou second recours. Il est donc étonnant qu'il soit accepté différemment par les différents corps de praticiens.

Le meilleur moyen de régler ces divergences ne serait-il pas d'inscrire ce principe dans le marbre ?

b. Le régime juridique applicable

α - Régime de prise en charge

Il ressort des entretiens de l'étude que certaines règles relatives au remboursement d'un transport sont acquises. C'est notamment le cas de la dichotomie bien assimilée entre transports couchés et assis. Cette distinction est posée par le Référentiel de prescription des transports (26) et est d'ailleurs reprise dans les communications de la CPAM à l'intention des patients.

Nuançons tout de même notre propos : si certaines règles de prise en charge semblent claires, nous l'étudierons plus en détail, il n'en est pas de même pour l'intégralité du dispositif.

β - Les moyens de transport

Les MG démontrent par ailleurs une maîtrise des différents moyens de transport ; plus précisément de l'ambulance (1° de l'article R322-10-1 du Code de la sécurité sociale) d'une part et du véhicule sanitaire léger ou taxi conventionné (2° de l'article R322-10-1 du Code de la sécurité sociale) d'autre part.

Ils sont néanmoins peu bavards sur la troisième catégorie, mentionnée au 3° de l'article R322-10-1 du Code de la sécurité sociale, des transports pouvant être pris en charge par l'Assurance maladie ; à savoir « *les transports en commun (et) les moyens de transport individuels* ». Toutes les études de la Cour des comptes négligent également cette possibilité de transport qui responsabilise le patient.

L'analyse des propos des sujets de l'étude permet peut-être d'expliquer ce phénomène : « *Voilà, donc j'essaie de leur expliquer que s'ils vont faire leurs courses, s'ils se déplacent, s'ils prennent leur voiture pour aller voir leurs amis, en principe ils n'ont pas besoin de cette PMT.* » (E.2). Certains MG semblent confondre le motif du déplacement et le mode de transport. Alors que les transports individuels ou en commun peuvent parfaitement être pris en charge au titre d'une PMT.

Une fois la PMT obtenue, le patient doit remplir le document cerfa n°11162*03 intitulé « *Demande de remboursement des frais de transports pour motif médical en véhicule personnel et/ou en transports en commun* ». Il a également la possibilité de demander un remboursement de ses frais de transport sur la plateforme numérique de l'AM : « *Mes remboursements simplifiés* » (27).

Quasiment absents des débats, ces moyens de transport alternatifs, dont l'utilisation décline inexorablement ces dernières années (28), ne mériteraient-ils pas d'être plus connus et empruntés ? Ces transports par nature moins onéreux constituent sans aucun doute un axe de réflexion en faveur de la réduction des dépenses publiques.

B- Faiblesses

Au terme de l'enquête, l'échantillon représentatif des MG estime que le point noir de la prescription médicale de transport telle qu'elle existe actuellement résulte de sa particulière complexité et technicité, et qui contribue à disqualifier l'acte en question.

1. Complexité du dispositif

a. Le constat

Le régime juridique de la PMT est-il en l'état trop complexe ? Le constat des MG est sans appel : quasiment tous les médecins estiment que de nombreuses mesures - certaines dispositions y échappent - sont difficiles à appréhender et donc à mettre en place.

L'attention des pouvoirs publics a en conséquence « *été appelée sur les difficultés à appliquer la réglementation relative à la prise en charge des transports de patients du fait*

de la multiplicité des règles afférentes » (29). Aussi ont-ils souhaité répondre à cette incompréhension.

b. Les solutions

α - La mise en place d'une notice

L'ensemble des règles applicables est repris dans la notice, cerfa n°50742 (Annexe 2) qui accompagne la PMT. Ce document d'une page peut être considéré comme une aide permettant de répondre aux 6 interrogations médicales posées dans l'acte en question.

A titre illustratif, cette notice définit précisément dans son point n°3 ce qui doit être entendu par « Transports itératifs » ; cela fait ainsi écho au propos tenu par un des sujets : « *sur les séries itératives, sur ces choses-là je trouve que c'est opaque (...) ce n'est pas clair* » (E.7).

Outre la notice, certains supports techniques à destination des médecins proposent une vulgarisation du régime juridique de la PMT. C'est le cas par exemple de l'algorithme décisionnel sur les conditions de prise en charge (Annexe 3).

β - La production d'un guide

Dans cette même optique, le gouvernement a émis la circulaire du 27 juin 2013 déjà évoquée plus tôt qui « *a pour objectif de clarifier la réglementation applicable en proposant un document synthétique et commun à l'ensemble des acteurs du système de soins* ».

La finalité de cette circulaire interministérielle est de commenter et d'expliquer les lois et règlements applicables en matière de prescription médicale de transport. L'intitulé dudit document est à ce titre éloquent : « *Guide de prise en charge des frais de transport de patients* ». Il est composé de 13 pages et a pour mérite de vulgariser le régime juridique en vigueur.

Regrettons néanmoins que la diffusion de ce guide ne semble pas avoir été étendue à l'ensemble des MG puisqu'aucun des sujets de l'étude n'évoque l'existence de ce document (30).

γ- Les propositions de simplification

Enfin, nous le verrons, plusieurs pistes de simplification du droit existant ont été évoquées et permettraient par conséquent de répondre aux reproches de complexité des règles inhérentes à la PMT.

2. Dépréciation de l'acte

Nous l'avons analysé, les sujets de l'étude reconnaissent sans ménagement l'importance sociale de la prescription de transport. Pour autant, et cela peut sembler paradoxal, ils ont eu tendance à disqualifier cet acte. Comment cela s'explique-t-il ?

a. Un acte chronophage

α- L'élaboration de l'acte

Le temps nécessaire à l'élaboration d'une PMT est une préoccupation des MG enquêtés. Ils s'accordent pour dénoncer le caractère chronophage de cet acte. Ce grief formulé à l'encontre de la prescription est intimement lié à la relative complexité de son régime juridique dont la problématique a déjà été soulevée.

Ce reproche est néanmoins à nuancer. En effet, la prescription de transport, qui prend la forme d'un document cerfa n°11574 (Annexe 1), est par nature un acte médical qui implique de répondre, outre naturellement les caractéristiques usuelles du patient (1ère partie du formulaire) et du prescripteur (3ème partie du formulaire), à 6 questions. Avec notamment son système de cases à cocher, cette 2ème partie du formulaire semble déjà avoir été pensée pour simplifier l'office du médecin.

β- Progression significative des prescriptions

Cette dépréciation, qui se traduit concrètement par des qualificatifs peu flatteurs sur la PMT, se justifie principalement par la part croissante qu'elle prend dans les consultations de médecine générale, empiétant parfois sur le temps de la consultation consacré aux soins à proprement dit. Entre 2010 et 2017, on remarque en effet une « *augmentation du nombre des trajets et distances parcourus* » (31). Alors que le nombre de trajets pris en

charge par l'Assurance maladie s'élevait à 65 millions en 2010 (32), il atteignait 87 millions en 2017 (33) ; soit une progression significative de 34%.

Cette hausse des trajets, qui s'explique notamment par le vieillissement de la population, est logiquement ressenti par les MG interrogés, et contribue selon certains d'entre eux à une dégradation de leurs conditions de travail. Ces derniers cherchent donc à déléguer cet acte à un personnel identifié.

b. Un acte à déléguer...

α- ... à un professionnel de santé

Encore une fois, caractère médical oblige, la prescription de transport exige que son rédacteur dispose de suffisamment de connaissances en matière de santé. Même si cette tâche est parfois - rarement - confiée à un secrétariat, certains généralistes ayant participé aux entretiens proposent de déléguer cette mission à un professionnel de santé.

β- ... à un assistant médical

La fonction d'assistant médical, nouvellement créée dans le cadre de la réforme « Ma santé 2022 », offre à ce titre une solution opportune aux MG confrontés à une progression du nombre de prescriptions médicales de transport. Inspiré du métier d'assistant dentaire, l'assistant médical aurait ainsi pour mission de « *libérer du temps médical* », autrement dit de « *redonner du temps aux médecins (pour) leur permettre de se concentrer sur le cœur de leurs missions, à savoir soigner les patients et coordonner leurs parcours* » (34). On peut parfaitement imaginer un assistant médical, dûment formé à cette tâche, réaliser ces PMT. Cela confirme d'ailleurs les propos tenus le 18 septembre 2018 par le chef de l'Etat : « *Nous devons continuer à décharger les médecins d'actes qui peuvent être faits par d'autres* » (35).

γ- ... à un infirmier en pratique avancée

Comme le recommande la Cour des comptes (36), l'acte de prescrire un transport médicalisé pourrait utilement être confié à un infirmier en pratique avancée (IPA).

La formation d'IPA, mise en place à compter de 2018 (37), est réservée aux infirmiers expérimentés, et leur permettrait « *l'exercice de compétences habituellement dévolues aux médecins* » (38).

c. Une source de tensions

La déconsidération de l'acte de prescrire un transport résulte enfin des tensions qu'il est susceptible d'entraîner dans les relations avec le patient, le transporteur, le confrère ou la CPAM. Cette problématique sera abordée plus précisément à l'occasion de l'étude des relations entretenues par le MG avec les autres acteurs de la PMT.

C- Opportunités

La PMT n'est pas sans faille, c'est même l'objet de cette étude. Comment alors améliorer son fonctionnement ? D'abord en informant le patient. Il existe d'autre part plusieurs propositions d'amélioration.

1. Education du patient

L'éducation du patient n'est pas l'oeuvre solitaire du médecin généraliste même s'il joue un rôle capital en la matière. Les pouvoirs publics sont également investis de cette mission au moyen des campagnes de sensibilisation.

a. Un MG pédagogue

α- Transmission de connaissances

Les sujets de l'étude expliquent ainsi à leur patient les règles inhérentes à la prescription médicale de transport : « *Il faut leur expliquer : il y a des conditions de remboursement et si elles ne sont pas remplies, vous assumez.* » (E.9).

Il ressort des interviews que pour certains patients, la PMT est de droit. La transmission des connaissances propres au fonctionnement de la prescription de transport permet au médecin de se prémunir des tensions qui pourraient survenir en cas de refus. Encore faut-

il bien évidemment que les MG maîtrisent parfaitement le sujet afin de pouvoir le vulgariser.

Il s'agit d'une tâche qui est certes chronophage - même si cette explication ne semble devoir être répétée à chaque consultation - mais qui apparaît indispensable. Nous l'avons vu, elle pourrait être utilement déléguée à un assistant médical.

β- Responsabilisation du patient

Les MG tentent, autant que faire se peut, de responsabiliser le patient ; c'est-à-dire de leur faire prendre conscience des enjeux de la PMT et particulièrement du coût que cela représente pour la société. Effectivement, les témoignages enseignent que certains patients ne comprennent pas les décisions, qu'ils jugent arbitraires, de leur MG refusant une telle prescription.

Aussi, un des sujets de l'enquête (E.6) propose la mise en place d'un système de « franchises » que les patients devraient « *physiquement (...) payer* » afin de les sensibiliser au coût d'un transport. Notons qu'une franchise médicale s'applique déjà ; elle est de 2 euros par trajet en ambulance ou TAP, étant précisé que le plafond journalier s'élève à 4 euros.

Cette proposition rejoint une récente recommandation de la Cour du Palais Cambon : celle de « *responsabiliser les patients en instaurant un plafond annuel spécifique pour les franchises applicables aux transports de malades* » (39) qui serait donc indépendant du plafond annuel de 50 euros regroupant les autres franchises médicales.

Attention toutefois à ce que la mise en oeuvre de cette mesure ne pénalise pas les populations en situation de précarité en ne les incitant pas à la poursuite des soins, même si les personnes bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ne sont pas soumises aux franchises médicales.

γ- La prescription sans prise en charge

L'éducation du patient peut aller jusqu'à la production délibérée d'une PMT sans prise en charge. C'est une situation qui n'est pas exceptionnelle puisqu'elle est évoquée par

plusieurs MG. Devant l'insistance de certains patients et afin de démontrer sa bonne foi, le médecin décide de remplir une prescription de transport tout en sachant pertinemment que les conditions nécessaires au remboursement ne sont pas remplies.

Rien n'empêche légalement un médecin de prescrire un transport lorsque les conditions de prise en charge ne sont pas respectées. Cela peut paraître une solution extrême qui a tout de même pour mérite d'éviter d'éventuelles « *frictions* » (E.4) avec le patient et de participer à son apprentissage.

b. Campagne d'information

En complément du travail de sape effectué par les médecins, les services de l'Assurance maladie ont lancé plusieurs campagnes de sensibilisation portant spécifiquement sur la PMT. Elles se traduisent par la diffusion d'affiches aussi bien dans des lieux publics qu'au sein de cabinets médicaux, ou de vidéos sur internet (40).

Cette communication est bienvenue car elle complète utilement les explications du médecin. Elle permet également de prévenir des tensions qui pourraient survenir à cette occasion. Le format utilisé est pertinent, car la présentation schématique et simplifiée démocratise les règles de la prescription de transport.

Le revers de la médaille est que les explications parfois simplistes peuvent desservir la teneur du message en laissant à penser que le patient aurait le droit à un transport médical.

2. Axes d'amélioration

Les médecins ayant participé à l'étude proposent plusieurs idées pour améliorer le fonctionnement de la prescription médicale de transport et en conséquence faciliter leur quotidien. Il s'agit de refondre les conditions de remboursement d'une part et réorganiser le réseau des transporteurs d'autre part.

a. Refonte des conditions de prise en charge

Ici, la principale préconisation des médecins est d'écartier le critère de l'ALD. Cette condition serait ainsi trop « *clivante* » (E.5) et ne répondrait pas aux besoins des patients. Son régime juridique est pourtant le fruit d'une disposition relativement récente (41) qui a modifié les conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une ALD (42).

Etant précisé qu'aujourd'hui : « *plus de 90 % des dépenses bénéficient à des patients en affection de longue durée* » (43).

La Cour des comptes va encore plus loin; elle recommande ainsi de « *redonner aux médecins leur entière faculté d'appréciation de la nécessité d'un transport sanitaire, en fondant celle-ci au plan juridique sur la seule incapacité ou déficience du patient* » (44). Cette proposition redonne en effet au prescripteur de plus larges marges d'appréciation, qui lui permettrait d'apprécier au cas par cas la nécessité de la prise en charge d'un transport sanitaire.

Cette mesure est une aubaine pour le médecin qui s'échapperait du carcan de dispositions légales et réglementaires trop strictes, pour prendre en compte la situation médicale globale - parfois intimement liée à l'aspect social - du patient.

b. Réorganisation des moyens de transport

Les interviewés évoquent également la nécessité de repenser le réseau de transport sanitaire.

α- Privilégier le transport le moins cher

En vertu de l'article L322-5 du Code de la sécurité sociale, « *les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux* ». Ce n'est pourtant pas ce qui se traduit en pratique, bien au contraire : « *la structure des trajets se déforme dans un sens favorable aux modes de transport les plus onéreux* » (45). Etant précisé que l'ambulance est logiquement le transport sanitaire le plus cher puisqu'en plus du chauffeur, elle nécessite la présence d'une personne auprès du patient. Suivent ensuite les transports assis professionnalisés : d'abord le taxi conventionné puis le véhicule sanitaire léger. Le coût moyen d'un trajet recensé par la Cour des comptes le confirme : « *le coût moyen d'un*

trajet atteignait 97 € pour l'ambulance, 51 € pour le taxi et 33 € pour le VSL en 2016 » (46). Concernant l'ambulance et le VSL, les tarifs conventionnels, fixés par la Convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L.322-5-2 du Code de la sécurité sociale, le démontrent également (47). Il en va de même des tarifs des taxis conventionnés conclus dans le cadre de conventions locales entre les entreprises de taxi et les organismes locaux d'Assurance maladie (48).

β- Augmenter le parc de VSL

Les MG regrettent la disproportion entre le nombre d'ambulances disponibles et celui des VSL. Ils observent en pratique la difficulté de réserver un VSL : « *il y a un manque de VSL disponible* » (E.6), quand bien même les quotas de véhicules sanitaires (49) - comprenant les ambulances et VSL et excluant les taxis conventionnés - sont largement dépassés sur la plupart du territoire (50). C'est ainsi le cas dans le département du Nord (51).

Nous l'avons observé, pour une société de transport sanitaire, un trajet en ambulance est beaucoup plus rentable qu'un transport en VSL. Cette problématique résulterait de transformations facilitées de VSL en ambulance (52).

Il est donc nécessaire pour les pouvoirs publics de réguler le nombre de véhicules sanitaires. Instaurer des quotas - cette fois-ci imposés - de VSL et d'ambulances pourrait être une solution. Limiter les changements de statut d'un véhicule sanitaire, passant aisément de VSL à ambulance, peut être également envisagé pour augmenter le parc de VSL.

Enfin, nous l'étudierons, certains sujets de l'étude dénoncent l'attitude de certains transporteurs qui incitent les patients à privilégier un trajet en ambulance.

γ- Le cas des taxis conventionnés

Les médecins interrogés envisagent indifféremment les deux TAP que sont les VSL et taxis conventionnés. Le taxi conventionné, qui est le moyen de transport sanitaire le plus employé (53), offre même une alternative opportune à l'éventuelle absence, déjà évoquée, de VSL.

D- Menaces

La prescription médicale de transport présente des risques de conflits et d'abus qu'il convient de présenter afin de trouver les parades permettant de la perfectionner.

1. Source de tensions ...

Les médecins généralistes entretiennent des rapports parfois tendus, si ce n'est tumultueux, avec certains patients (a), transporteurs (b), confrères (c) ou encore avec les services de la CPAM (d).

a. ... avec le patient

Même si la prescription en question est parfois à l'origine de « tensions » (E.7) avec les patients, il ressort des entretiens que la qualité de la relation n'est pas impactée outre mesure. Seul un sujet déclare avoir « perdu des patients à cause de ça » (E.2).

Le patient, notamment dans les hypothèses où il sollicite l'acte, peut être exigeant. Il convient dès lors pour le MG, de procéder à des explications ; celles-ci étant idéalement corroborées par des documents de campagnes d'information organisées par les pouvoirs publics. C'est tout l'enjeu de l'éducation du patient déjà évoqué plus tôt. Ainsi, quand bien même l'attitude du MG est ferme, il nous semble que celle-ci n'est pas à remettre en cause dès lors que son raisonnement est fondé.

b. ... avec le transporteur ...

α- ... privilégiant le transport le plus cher

Sont principalement visées ici : les sociétés d'ambulance. Le médecin leur reproche tout d'abord l'indisponibilité chronique de VSL, et de manière sous-jacente leur attrait pour la rentabilité. Nous avons approfondi cette problématique et déjà proposé des axes de réflexion.

β- ... truquant les règles applicables

Dans le même esprit, les témoignages mettent en lumière des situations où l'ambulancier incite le MG : « *ils nous disent : "De toute façon, ce ne sera pas remboursé par le patient. Par contre, si c'est une ambulance, ce sera remboursé. Il vaut mieux demander une ambulance".* » (E. 6) à transgresser les règles en vigueur. Mais également à tromper sciemment le patient : « *"Il faut dire au médecin qu'il mette en ambulance parce que c'est pris en charge"* » (E.9).

C'est le cas également de la différence de qualité de service entre d'une part l'ambulance et le TAP. Il ressort de l'analyse des entretiens que les transporteurs en ambulance sont parfois plus diligents que ceux en TAP : « *Donc je leur prescris parfois une ambulance parce que là ils sont pris en charge jusqu'au bout.* » (E.8), « *l'ambulancier lui, quand c'est un VSL, il ne va pas venir me tenir la porte de l'immeuble* » (E.4). Cette différence de traitement est inacceptable ; que ce soit une ambulance ou un TAP, le transporteur est légalement tenu d'assurer sa mission médicale et sociale de transporter le patient en toute sécurité de A à Z. C'est là même l'essence d'un transport sanitaire. Précisons ici que le MG pêche parfois par méconnaissance des règles applicables : « *Ils ne sont pas obligés de le faire donc ils ne le font pas. C'est triste mais c'est comme ça* ». (E.8).

Ces comportements sont abusifs et parfois même délictueux. Nous nous y intéresserons plus en détail ultérieurement. Précisons ici que cette critique ne doit bien sûr pas être généralisée à l'ensemble de la profession.

c. ... avec les confrères

La qualité de la relation avec les médecins de second recours ou hospitaliers est affectée lorsque ces derniers ne respectent pas le principe coutumier selon lequel le prescripteur doit être celui qui est demandeur de la consultation.

Il s'agit d'une règle de conduite de « *bon sens* » (E.7). En effet, qui est le plus apte à prescrire un transport que celui qui est à l'origine de la consultation ? Les médecins de second recours ou hospitaliers n'échappent pas à cette logique. Aussi, il convient désormais de consacrer juridiquement ce principe.

La différence de traitements entre les MG et leurs confrères est également source de tensions. Les homogénéiser apaiserait nécessairement les rapports entre ces praticiens. D'une part en permettant au MG, à l'image du médecin de second recours ou hospitalier, d'être consulté au moyen d'une PMT ; « *pourquoi (...) ce bon de transport ne lui permettrait pas de venir à la consultation de son médecin généraliste* » (E.3). D'autre part en incitant « *certains spécialistes (...) (à) être mobiles* » (E.5) et à consulter, à l'instar des MG, directement au domicile du patient.

d. ... avec la CPAM

Plusieurs sujets de l'étude regrettent le ton professoral et moralisateur adopté par certains délégués de la CPAM. Pour autant, ils apprécient paradoxalement les renseignements relativement clairs et précis qui leur sont prodigués.

Ces délégués rendent notamment visite à des médecins « *qui se distinguent par un taux très élevé de prescription de transports, afin de leur rappeler les règles de bonne pratique* » (54).

Cette relation avec les services de la CPAM, qu'un sociologue a pu qualifier de « *conflictuelle* » (55), résulte aussi de la menace de l'instauration d'une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) pour toutes les prescriptions médicales de transport d'un médecin dont le « *nombre de prescriptions de transports (est) significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée* » (56).

Il s'agit d'une véritable épée de Damoclès qui pèse sur le médecin. Cette mesure, s'apparentant clairement à une sanction, peut dégrader les rapports entre médecins et CPAM. Cependant, cette règle ne semble pas injuste puisqu'elle comporte des garde-fous ; la procédure ne peut excéder 6 mois et ne concerne pas les cas d'urgence. Notons également que la MSAP est l'ultime étape d'un processus amiable qui débute par une première convocation du médecin prescripteur et qui se poursuit le cas échéant par une procédure de mise sous objectif (MSO).

La CPAM sensibilise aussi les médecins au coût de plus en plus important que représente la PMT dans les dépenses de santé (57). Cette augmentation exponentielle résulte notamment de pratiques abusives.

2. Source d'abus

Les entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre de cette étude mettent en lumière des comportements répréhensibles commis par les MG eux-même (a) et par les transporteurs (b).

a. De la part des MG

α- Les infractions

Certains médecins ayant participé à l'enquête admettent outrepasser les règles ; nous l'avons étudié, ils prennent certaines libertés avec la PMT que ce soit en prenant en compte l'aspect économique et social du patient ou encore en procédant à des régularisations *a posteriori*.

A titre illustratif, s'agissant de ces régularisations, on estime qu'une part significative des transports prescrits le jour même des soins, représentant entre un tiers et deux tiers de l'ensemble des PMT, serait en réalité antidatée et donc irrégulière (58).

β- Les sanctions

§1- La procédure d'accord préalable

Nous l'avons analysé précédemment, le médecin peut tout d'abord être soumis à une procédure de MSAP mise en place par la CPAM, qui peut faire suite à une MSO.

§2- La procédure ordinale

Ensuite, lorsqu'un MG enfreint les règles édictées par le Code de déontologie, ces pratiques peuvent faire l'objet d'une procédure disciplinaire devant une juridiction ordinale. En matière de transport sanitaire, la transgression d'une règle ne donne pas lieu à un tel procédé, si ce n'est pour interdire les conflits d'intérêts entre médecins et sociétés ambulancières (59).

§3- La procédure pénale

D'autre part, le MG peut être sanctionné pénalement lorsqu'il commet une infraction pénale. Notamment en cas d' « *altération frauduleuse de la vérité* » (60), constituant le délit de faux et d'usage de faux. Ou encore le délit d'escroquerie (61). La jurisprudence est néanmoins muette à ce sujet. Il semble que le praticien ne soit pas poursuivi sur un tel fondement.

§4- La procédure civile

Enfin, outre l'aspect pénal, on se rend compte qu'en matière civile, le médecin bénéficie d'une véritable « immunité ». En effet, la lecture des décisions de justice enseigne qu'il n'est pas inquiété même lorsque l'irrégularité est manifeste.

L'arrêt suivant est à ce titre éloquent : « *les prescriptions fournies a posteriori et datées des 06.01.2014, 06.07.2014, 06.01.2015 et 06.07.2015 même raturées avec le mode de transport rectifié d'ambulance en VSL n'en constituent pas moins des prescriptions et peu importe que la Caisse déclare qu'elle 'ne retrouve aucun remboursement de consultation médecin à ces dates', ce qui induirait une fraude dont elle n'a pas entendu se prévaloir* » (62).

Il s'agit d'une jurisprudence constante révélatrice du sort judiciaire réservé aux MG.

L'analyse d'autres décisions permet de s'en assurer : « *Attendu qu'en l'espèce, les prescriptions médicales de transport établies par le médecin traitant de M. Marmion pour la période du 29 janvier 2007 au 11 février 2009 ont toutes été établies postérieurement aux transports en cause, le 4 mars 2009 ; qu'aucune de ces prescriptions ne porte la moindre mention ou indication relative à l'urgence; qu'il résulte des débats que ces prescriptions ont été établies dans le seul but de permettre à M. Marmion d'obtenir le remboursement de ses frais de transport, hors toute considération d'urgence;* » (63). Or, dans cette affaire, le médecin traitant en question n'est nullement inquiété judiciairement.

b. De la part des transporteurs

α- Les agissements

Les témoignages révèlent des pratiques illégales commises par certains transporteurs. Nous l'avons observé, certains d'entre-eux incitent le médecin ou le patient à privilégier le transport le plus onéreux, ou alors leur forcent la main : « *il y a un gros problème du point de vue des ambulanciers qui nous envoient des ambulances quand on demande des VSL* » (E.6). L'intérêt est ici purement mercantile. Certains sujets de l'étude vont encore plus loin en « *suspect(ant) (...) certains transporteurs de cocher abusivement la case ALD pour des patients* » (E.2).

Les différentes caisses d'AM ont ainsi identifié en 2018 18,9 millions d'euros de pratiques frauduleuses ou fautives commises au titre des transports en ambulance ou TAP (64).

Cette dénonciation sur les agissements des transporteurs ne s'arrête pas là. Elle vise aussi la qualité du service fourni à travers les signalements de prescripteurs et de patients. L'ARS des Hauts-de-France a à ce titre reçu 109 plaintes en 2018 visant des entreprises de transport sanitaire (65).

β- Les sanctions

Tout comme le médecin, le transporteur est tenu par la loi pénale. Les affaires sont ici légion et l'imagination de certains transporteurs débordante. La presse généraliste s'en fait d'ailleurs souvent l'écho.

C'est le cas par exemple de dirigeants d'une entreprise de transport sanitaire qui falsifiaient les PMT, notamment en effaçant la case « TAP » pour cocher celle « ambulance ». Ils ont ainsi été condamnés pour escroquerie par le Tribunal correctionnel à une peine d'emprisonnement ferme, une amende ainsi qu'à une interdiction temporaire d'exercice de la profession (66).

A une condamnation pénale, s'ajoute nécessairement une sanction civile qui permet de réparer le préjudice subi par la CPAM ou le patient et qui se traduit par le versement de dommages-intérêts. Etant précisé qu'une procédure civile peut être intentée indépendamment d'une action pénale.

Les irrégularités commises par les transporteurs sont massives (67) et pèsent sur les dépenses publiques liées à la Sécurité sociale ; à tel point que le transport sanitaire fait l'objet depuis 2007 de plans de lutte anti-fraude mis en oeuvre par les CPAM.

Etendre la dématérialisation de la PMT est une sérieuse piste d'amélioration, déjà avancée par la Cour des comptes (68), qui permettrait sans aucun doute de réduire significativement les comportements abusifs. Elle a plusieurs vertus : outre son aspect dissuasif, elle limite mécaniquement certaines fraudes et offre par là même un plus grand nombre de données permettant des contrôles de facturation plus efficaces.

PROJET DE REFORME

Ces propositions sont le fruit de l'ensemble des recherches de cette étude. Elles ont pour objectif concret d'améliorer le fonctionnement de la PMT, que les MG jugent perfectible.

Certaines idées évoquées sont communes avec les recommandations des deux rapports de la Cour des comptes déjà largement étudiés. Les avis sont parfois divergents. Il faut dire en effet que le prisme de pensée de cette autorité administrative indépendante est principalement d'ordre économique. La présente analyse qualitative envisage quant à elle le sujet du point de vue du MG. A cet égard, il en ressort nécessairement d'autres problématiques et par conséquent d'autres solutions.

Au fond, les 8 propositions peuvent être regroupées au sein de 3 corpus : la révision du régime juridique (I) et du fonctionnement des transports médicaux (II), ainsi que l'amélioration des rapports entre les différents acteurs (III).

I- SIMPLIFICATION DU RÉGIME JURIDIQUE

A- Légalisation

Proposition n°1 : Légaliser le principe coutumier selon lequel le rédacteur de la PMT est celui qui est à l'origine de la consultation pour laquelle un transport médical est requis

Proposition n°2 : Autoriser le médecin à déléguer, sous sa responsabilité, la rédaction de la PMT à un personnel médical identifié dûment formé à cette mission

B- Révision

Proposition n°3 : Revenir à un critère médical unique basé sur « *une déficience ou une incapacité* » du patient offrant ainsi au MG une plus grande marge de manoeuvre dans l'appréciation de la situation, au cas par cas, permettant à titre exceptionnel de prendre en

compte la situation économique et social du patient ; cette proposition entraîne *de facto* la suppression de la condition d'ALD des motifs de déplacement

II- REORGANISATION DES TRANSPORTS SANITAIRES

Proposition n°4 : S'assurer d'un nombre suffisant de TAP

Proposition n°5 : Favoriser l'utilisation des transports individuels ou en commun

III- AMELIORATION DES RELATIONS EXTERIEURES

A- A l'attention des médecins

Proposition n°6 : Homogénéiser les traitements entre MG et médecins de second recours ou hospitaliers, en permettant aux MG d'être consultés au moyen d'une PMT et en favorisant les consultations à domicile de certains médecins de second recours

Proposition n°7 : Imposer des formations sur ce sujet spécifique aux étudiants en médecine, éventuellement dispensées par la CPAM

B- A l'attention de l'ensemble des acteurs

Proposition n°8 : Améliorer les campagnes d'information à destination des patients, des médecins, et des transporteurs

CONCLUSION

Les MG saluent l'utilité sociale de la prescription médicale de transport. Cet acte médical est un maillon indispensable à un système de santé protecteur. Le constat est à ce propos très clair.

Pour autant, les règles applicables en la matière ne satisfont pas complètement les médecins ayant participé aux entretiens. Subsistent des dysfonctionnements qui pèsent sur leur quotidien, et sur la qualité des relations entretenues avec les autres acteurs de la PMT : les patients en premier lieu qui ont pour certains du mal à appréhender les mécanismes, les transporteurs d'autre part dont les pratiques peuvent irriter les MG et la CPAM enfin qui est jugée parfois trop inquisitrice.

La PMT apparaît à certains égards inadaptée et largement perfectible. L'analyse des résultats des différents entretiens semi-directifs confirme que le postulat posé en préambule est partagé par les médecins interrogés.

Il ressort néanmoins de la discussion que ces défaillances que ressentent les MG ne sont pas majeures et peuvent être résorbées. S'en suit ainsi logiquement une série d'axes d'amélioration.

Ces propositions mises en exergue sont l'essence même de notre réflexion et la raison d'être de cette étude inédite. A charge maintenant aux pouvoirs publics de s'en emparer, de s'intéresser à la PMT, et de l'améliorer.

NOTES

1- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, Chapitre XI, Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, Chapitre VI, Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire

2- P. Lesteven, P.-E. Grimonprez, E. Robert, T. Wahl, « Les transports sanitaires », *Revue des dépenses*, 2016

3- Il s'agit de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 que nous étudierons plus précisément dans les développements.

4- Article 10 du Décret n° 45-0179 du 29 décembre 1945 relatif à l'application des dispositions de Livre III du CSS

5- Notamment avec l'Ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles

6- L'article R. 322-10 du CSS envisage 6 conditions alternatives classées de a) à f) comprenant notamment les transports liés à une hospitalisation (a) et les transports liés aux traitements ou examens prescrits dans le cadre d'une ALD (b).

7- Ici aussi, l'article R. 322-10 du CSS liste 5 conditions alternatives, de a) à e).

8- Article R. 322-10-1 du CSS

9- Arrêté du 23 décembre 2006

10- Ces définitions sont extraites du *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*, 2020, diffusé en ligne par l'Académie de médecine. (Source : dictionnaire.academie-medecine.fr)

11- Article L162-4-1 du CSS

12- Ces exceptions sont exposées à l'article R. 322-10-4 du CSS ; elles concernent principalement les transports effectuant une longue distance ou les modes de transport peu habituels.

13- *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*, 2020 (Source : dictionnaire.academie-medecine.fr)

14- Cette méthodologie a été théorisée par Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss, *La découverte de la théorie ancrée*, Armand Colin, 2017 (La 1ère édition américaine date de 1967.)

- 15- Le *Consolidated criteria for reporting qualitative research* dresse une liste de 32 critères à respecter pour s'assurer de la scientificité d'une étude qualitative.
- 16- Cela concerne les 8 premiers critères de la grille COREQ.
- 17- La conception de l'étude vise le cadre théorique de l'étude (critère 9) ; l'orientation méthodologique est ici la théorie ancrée, la sélection des participants (critères 10 à 13), le contexte de collecte de données (critères 14 à 16) et enfin ce qui est relatif au recueil des données (critères 17 à 23) déjà évoqué précédemment.
- 18- L'analyse des données implique de répondre à 5 interrogations (critères 24 à 28), tandis que celle concernant la rédaction en soulève 4 (critères 29 à 32).
- 19- P. Lesteven, P.-E. Grimonprez, E. Robert, T. Wahl, « Les transports sanitaires », *Revue des dépenses*, 2016
- 20- Cette mesure a été instituée par l'article 80 de la LFSS pour 2017 (loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016).
- 21- Il s'agit d'une théorie mise en évidence par le Pr Elton Mayo selon laquelle le sujet d'une étude modifie son attitude et par conséquent ses réponses aux questions de l'entretien car il a conscience de participer à une expérience qui le valorise.
- 22- Gilles Bressy et Christian Konkuyt, *Management et économie des entreprises*, Sirey, 12e éd., 2018, p.179
- 23- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, Chapitre VI Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire , p. 253
- 24- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.269
- 25- L'article R. 322-10-2 alinéa 2 du CSS dispose en effet : « *En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie a posteriori* ».
- 26- Ce Référentiel est fixé par arrêté du 23 décembre 2006.
- 27- www.mrs.beta.gouv.fr
- 28- Alors qu'il représentait près de 70 millions d'euros en 2011, le recours au véhicule personnel donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie ne représente plus qu'environ 60 millions d'euros en 2017. (Source : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.257)
- 29- Circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients
- 30- Pourtant, les ARS ont été chargées « *d'assurer la diffusion de ce guide auprès des établissements de santé et de sensibiliser ces derniers* » (Source : Circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients).

- 31- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p. 254
- 32- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, pré. cit., p. 311
- 33- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p. 251
- 34- Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ma santé 2022 : un engagement collectif*, Dossier de presse, 18 septembre 2018, p. 23
- 35- Alice Raybaud, « Plan santé : 4 000 postes d'assistants médicaux accessibles après une formation d'un an », *LeMonde.fr*, 19 septembre 2018
- 36- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., recommandation n°21, p. 282
- 37- L'instauration de cette formation résulte notamment des décrets du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (n° 2018-633) et relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée (n° 2018-629)
- 38- Communiqué de presse, « Accès aux soins : Agnès BUZYN et Frédérique VIDAL saluent la reconnaissance officielle de la pratique avancée infirmière », 19 juillet 2018
- 38- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., recommandation n°23, p. 282-283
- 40- C'est le cas de la vidéo « Pour la prescription de votre transport, c'est votre état de santé d'abord ! » (Source : www.youtube.com/watch?v=9xglX-kCsCw).
- 41- Décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 portant modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une ALD
- 42- Ce décret exige désormais la réunion de 3 conditions : - le patient doit naturellement être reconnu atteint d'une ALD, - le transport doit être en lien avec cette affection, et enfin - il doit présenter « l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription » des transports.
- 43- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.265
- 44- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., recommandation n°21, p. 282
- 45- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.256-257 : « De 16 % en 1995, la part des taxis conventionnés est passée à 40 % des dépenses en 2017 ; celle des ambulances de 31 % à 39 %. Dans le même temps, la part des VSL a régressé de 46 % à 18 % »

46- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.257

47- Les différences entre l'ambulance et le VSL sont palpables : au 1er janvier 2020, la prise en charge s'élève par exemple à 64,3€ pour les ambulances contre 15,58€ pour les VSL. C'est également le cas du tarif kilométrique qui atteint 2,19€ pour les ambulances et 0,89€ pour les VSL. (Source : www.ameli.fr)

48- Les conventions locales doivent être conformes à la décision du 18 décembre 2018 relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie.

49- Les quotas n'ont qu'une valeur indicative : ce sont des « *indices nationaux de besoins de transports sanitaires* ». Ils sont fixés par arrêté du 5 octobre 1995 relatif à l'autorisation de mise en service des véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.

50- Les quotas sont dépassés dans 81 départements ; soit plus de 80% des départementaux français. (Source : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.264)

51- Alors que le nombre théorique de véhicules était en 2011 de 864 dans le Nord, le nombre de véhicules autorisés atteignait 921. Il en est de même dans le Pas-de-Calais : 576 véhicules nécessaires en théorie et 872 autorisés en pratique. (Source : ARS Nord - Pas-de-Calais, « Transports sanitaires - Etat des lieux de l'offre », 20 janvier 2012)

52- « *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.* » (Source : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, pré. cit., p. 326)

53- En 2017, 45,7% des transports sanitaires terrestres ont été réalisés par des taxis conventionnés. (Source : CNAM)

54- En 2017, les services de l'AM ont ainsi procédé à 5670 visites. (Source : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.267)

55- Philippe Masson, « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie », *Presses de Sciences Po*, 2011/3 n° 83, p. 33-57

56- Article 25 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

57- Alors que montant total des dépenses liées au transport sanitaire financées par l'Assurance maladie s'élevait à 3,5 milliards d'euros en 2010, celui-ci atteignait 5 milliards d'euros en 2017. (Sources : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, pré. cit., p. 311 ET Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.251)

58- La Cour des comptes évalue le nombre de régularisations *a posteriori* à près de 3,8 millions en 2017. (Source : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.270)

59- Conseil d'Etat, 12 janvier 2005, n°252365 : Suite à une décision de l'ordre des médecins du Jura demandant à un médecin de se désengager financièrement du capital d'une société d'ambulance, ledit praticien a contesté cette décision devant le Conseil d'Etat, qui a finalement confirmé la sentence ordinaire.

60- Article 441-1 du code pénal

61- Article 313-1 du code pénal

62- Cour d'appel de Riom, Chambre sociale, 18 décembre 2018, n° 17/01480

63- Cour d'appel de Versailles, 5e chambre, 20 décembre 2012, n° 11/03336

64- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.280

65- Ces plaintes visent notamment « *des cas de comportement inadapté à l'égard du patient, d'activité sans attestation préfectorale à jour ou d'exploitation d'ambulances en dehors de l'activité de transport sanitaire* ». (Source : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.271)

66- Dominique Richard, « Fraude massive à la Sécu : prison ferme pour les ambulanciers de Lesparre », *sudouest.fr*, 20 juin 2017

67- En 2018, ont été détectés près de 19 millions d'euros de pratiques fautives commises au titre de transports en ambulance, en VSL ou par taxi. (Source : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.270)

68- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, pré. cit., p.281

BIBLIOGRAPHIE

I- Ouvrages

Académie de médecine, *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*, 2020, Source : <http://www.dictionnaire.academie-medecine.fr/>

Gilles Bressy et Christian Konkuyt, *Management et économie des entreprises*, Sirey, 12e éd., 2018, p.179 et s.

Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss, *La découverte de la théorie ancrée*, Armand Colin, 2017

II- Rapports

Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, Chapitre XI, Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, Chapitre VI, Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *Guide de prise en charge des frais de transport de patients*, 27 juin 2013

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ma santé 2022 : un engagement collectif*, Dossier de presse, 18 septembre 2018

ARS Nord - Pas-de-Calais, « Transports sanitaires - Etat des lieux de l'offre », 20 janvier 2012

P. Lesteven, P.-E. Grimonprez, E. Robert, T. Wahl, « Les transports sanitaires », *Revue des dépenses*, 2016

III- Articles

Philippe Masson, « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie », *Presses de Sciences Po*, 2011/3 n° 83, p. 33-57

Alice Raybaud, « Plan santé : 4 000 postes d'assistants médicaux accessibles après une formation d'un an », *LeMonde.fr*, 19 septembre 2018

Dominique Richard, « Fraude massive à la Sécu : prison ferme pour les ambulanciers de Lesparre », *sudouest.fr*, 20 juin 2017

IV- Site internet

www.ameli.fr

V- Jurisprudence

Conseil d'Etat, 12 janvier 2005, n°252365

Cour d'appel de Riom, Chambre sociale, 18 décembre 2018, n° 17/01480

Cour d'appel de Versailles, 5e chambre, 20 décembre 2012, n° 11/03336

ANNEXES

ANNEXE 1 : FORMULAIRE CERFA N°11574*04 : PRESCRIPTION MEDICALE DE TRANSPORT, VOLET 1

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  n° 11574 * | Prescription médicale de transport <small>(articles L. 162-4-1 2°, L. 321-1 2°, L. 322-5, L. 432-1, R. 322-2 et R. 322-10 à R. 322-10-7 du Code de la sécurité sociale)</small> | Volet 1 à adresser au contrôle médical, sous enveloppe, à l'attention de "M. le Médecin-Conseil" |
| la personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e) | | |
| Personne bénéficiaire du transport (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur) | | |
| nom et prénom <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</small> | | |
| numéro d'immatriculation | | nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés) |
| date de naissance | | |
| adresse | | |
| Assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e)) | | |
| nom et prénom <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</small> | | |
| numéro d'immatriculation | | |
| Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> date de l'accident | | |
| la prescription médicale | | |
| 1 Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ? (plusieurs choix possibles) | | |
| - entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse <input type="checkbox"/> | | |
| - transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonérante <input type="checkbox"/> ALD non exonérante <input type="checkbox"/> | | |
| - transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle <input type="checkbox"/> date de l'AT/MP | | |
| 2 Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ? | | |
| - transport en ambulance justifié par la nécessité (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) : | | |
| d'être en position allongée ou demi-assise <input type="checkbox"/> d'une surveillance par une personne qualifiée <input type="checkbox"/> d'administration d'oxygène <input type="checkbox"/> | | |
| d'un brancardage ou d'un portage <input type="checkbox"/> d'une asepsie rigoureuse <input type="checkbox"/> | | |
| - transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) <input type="checkbox"/> si l'état du patient permet un transport partagé, cochez la case <input type="checkbox"/> | | |
| - moyen de transport individuel <input type="checkbox"/> | | |
| - transport en commun terrestre <input type="checkbox"/> si l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case <input type="checkbox"/> | | |
| 3 Quel trajet doit effectuer le patient ? (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins) | | |
| départ | | arrivée |
| - domicile <input type="checkbox"/> | | - domicile <input type="checkbox"/> |
| - autre lieu : | | - autre lieu : |
| - structure de soins : | | - structure de soins : |
| transport aller-retour <input type="checkbox"/> | 3 nombre de transports itératifs | |
| 4 Urgence : appel du SAMU-centre 15 <input type="checkbox"/> ou autres <input type="checkbox"/> (précisez) : | | |
| 5 Eléments d'ordre médical (précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement) et commentaires éventuels | | |
| - transport vers un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares <input type="checkbox"/> | | |
| 6 Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | |
| - Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | |
| <small>(article L.115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)</small> | | |
| Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce | | |
| nom et prénom | raison sociale | |
| | adresse | |
| | n° structure <small>(AM, FINESS ou SIRET)</small> | |
| identifiant <small>(n° RPPS)</small> | | signature |
| | date | |

ANNEXE 2 : FORMULAIRE CERFA N°50742#04 : NOTICE D'INFORMATION



n°50742#04

PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT - NOTICE

ATTENTION : s'il s'agit de transports vers un lieu distant de plus de 150 km, de transports en série - cf. ③(*) -, de transports en avion ou en bateau de ligne ou de transports d'enfants ou d'adolescents vers un CAMSP ou un CMPP vous devez remplir le formulaire de "Demande d'accord préalable - prescription médicale de transport" - réf. S3139.

Toutes les règles indiquées dans cette notice sont opposables et conditionnent la prise en charge du transport par l'assurance maladie.

Un transport ne peut être prescrit que par un médecin ou un chirurgien-dentiste.

Les prescriptions de régularisation ne sont pas admises, sauf en cas d'urgence (cf. ④).

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la présentation, par l'assuré, de la prescription médicale de transport et d'un justificatif de transport ou d'une facture du transporteur.

Le praticien doit mentionner sur la prescription les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

Seul est pris en charge le transport le moins onéreux compatible avec l'état du malade, apprécié au regard des critères médicaux et de dépendance fixés dans le référentiel de prescription des transports (arrêté du 23 décembre 2006 - J.O. du 30 décembre 2006).

① Quelles sont les situations qui permettent la prise en charge des frais de transport ?

Pour être remboursé, le transport doit, sauf particularité du transport en ambulance (cf. point 2 ci-dessous) répondre à au moins l'une des situations suivantes :

- le transport est lié à l'état de santé de votre patient qui nécessite une hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire). Les séances de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation,
- le transport est lié aux traitements ou examens prescrits au titre de l'ALD dont souffre votre patient qui présente, par ailleurs, une déficience ou une incapacité définie par le référentiel de prescription des transports,
- le transport est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle dont a été victime ou souffre votre patient.

Le transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage, pour répondre à une convocation du contrôle médical ou à la convocation d'un médecin expert ou pour se rendre à la consultation d'un expert est également pris en charge. Dans ce cas, la convocation vaut prescription.

② Quel mode de transport pouvez-vous prescrire au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

• Particularité du transport en ambulance :

Il peut être prescrit et pris en charge, indépendamment des situations visées au ①, dès lors que votre patient présente au moins une déficience ou incapacité nécessitant un transport :

- en position obligatoirement allongée ou demi-assise,
- avec surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène,
- avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.

N'omettez pas de préciser, toutefois, si votre patient se trouve aussi dans l'une des situations mentionnées au ①.

• Les autres modes de transport :

Ils ne peuvent être prescrits, et pris en charge, que si votre patient se trouve dans l'une des situations décrites au ①.

° Vous lui prescrivez un transport assis professionnalisé (VSL ou taxi conventionné) s'il présente au moins une :

- déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement, technique ou humaine, mais ne nécessitant ni brancardage ni portage,
- déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant,
- déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène,
- déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule,

ou s'il suit un traitement ou est atteint d'une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

° Vous lui prescrivez un moyen de transport individuel (son véhicule personnel, par exemple) ou les transports en commun terrestres s'il peut se déplacer par ses propres moyens (si son état le nécessite, une personne peut l'accompagner).

Si votre patient est atteint d'une ALD et présente par ailleurs une déficience ou une incapacité, pour bénéficier de la prise en charge de ces transports, lorsqu'il se rend à une consultation pour traitements ou examens en lien avec son ALD, il doit être accompagné par un tiers.

Les frais de transport en commun exposés par la personne accompagnante peuvent être remboursés si l'état de santé du patient nécessite l'assistance d'un tiers ou si le patient a moins de 16 ans.

③ Transports itératifs : précisez le nombre de déplacements prévus si vous devez prescrire un transport répété ne répondant pas à la définition du transport en série.

(*) (transport en série : le nombre de transports prescrits pour un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres. Ces transports nécessitent une demande d'accord préalable.)

④ Urgence (appel du SAMU-centre 15...) : la prescription peut être remplie a posteriori par un médecin ou un chirurgien-dentiste de la structure de soins dans laquelle le patient s'est rendu.

⑤ Eléments d'ordre médical (Volet 1)

Dans cette rubrique, vous détaillez à l'attention du médecin conseil les motifs médicaux à l'origine de la prescription de transport (nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement). C'est dans cette rubrique que vous indiquez l'orientation dans un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares.

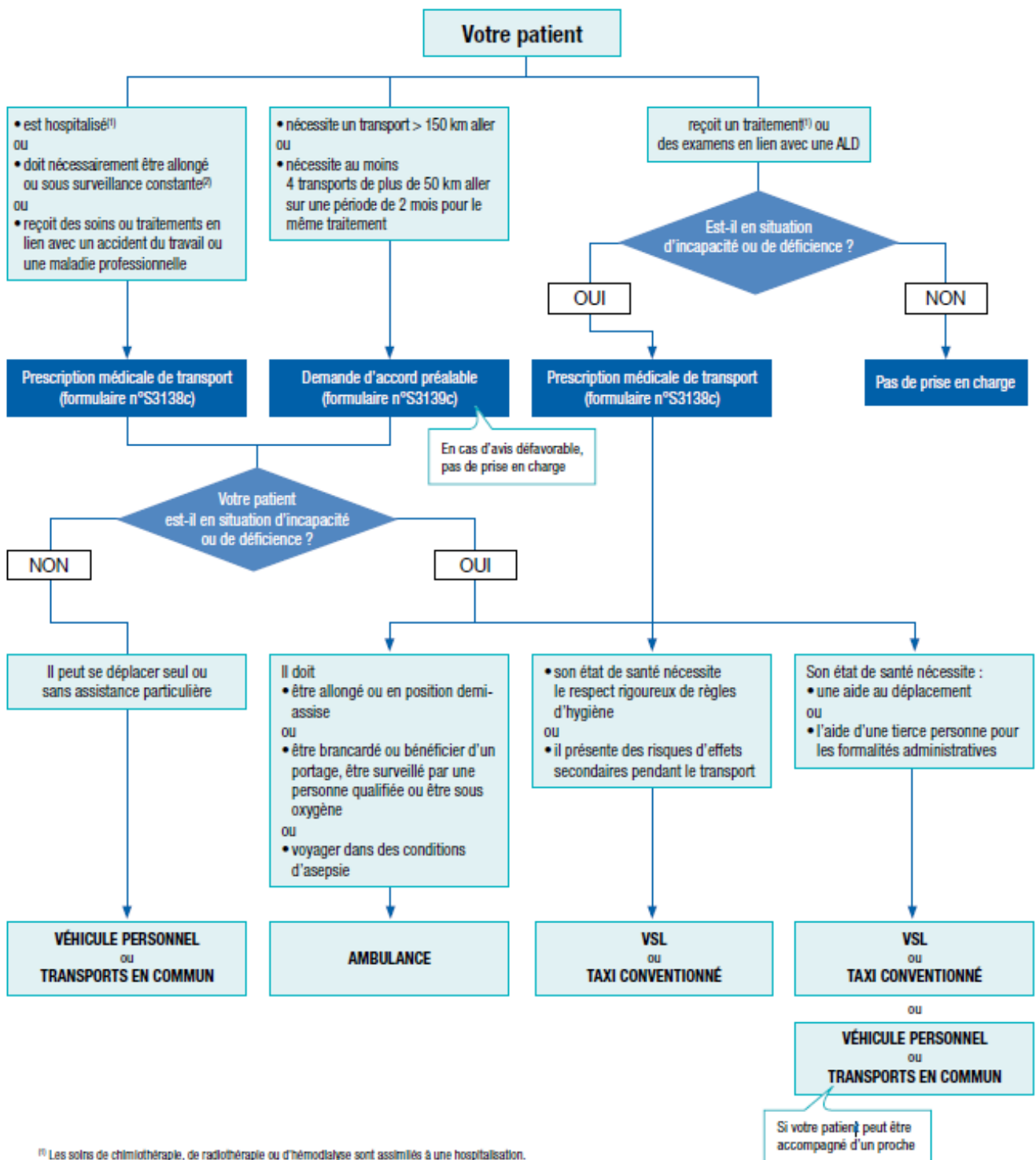
⑥ Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur

Vous devez cocher la case "oui" dans les cas suivants :

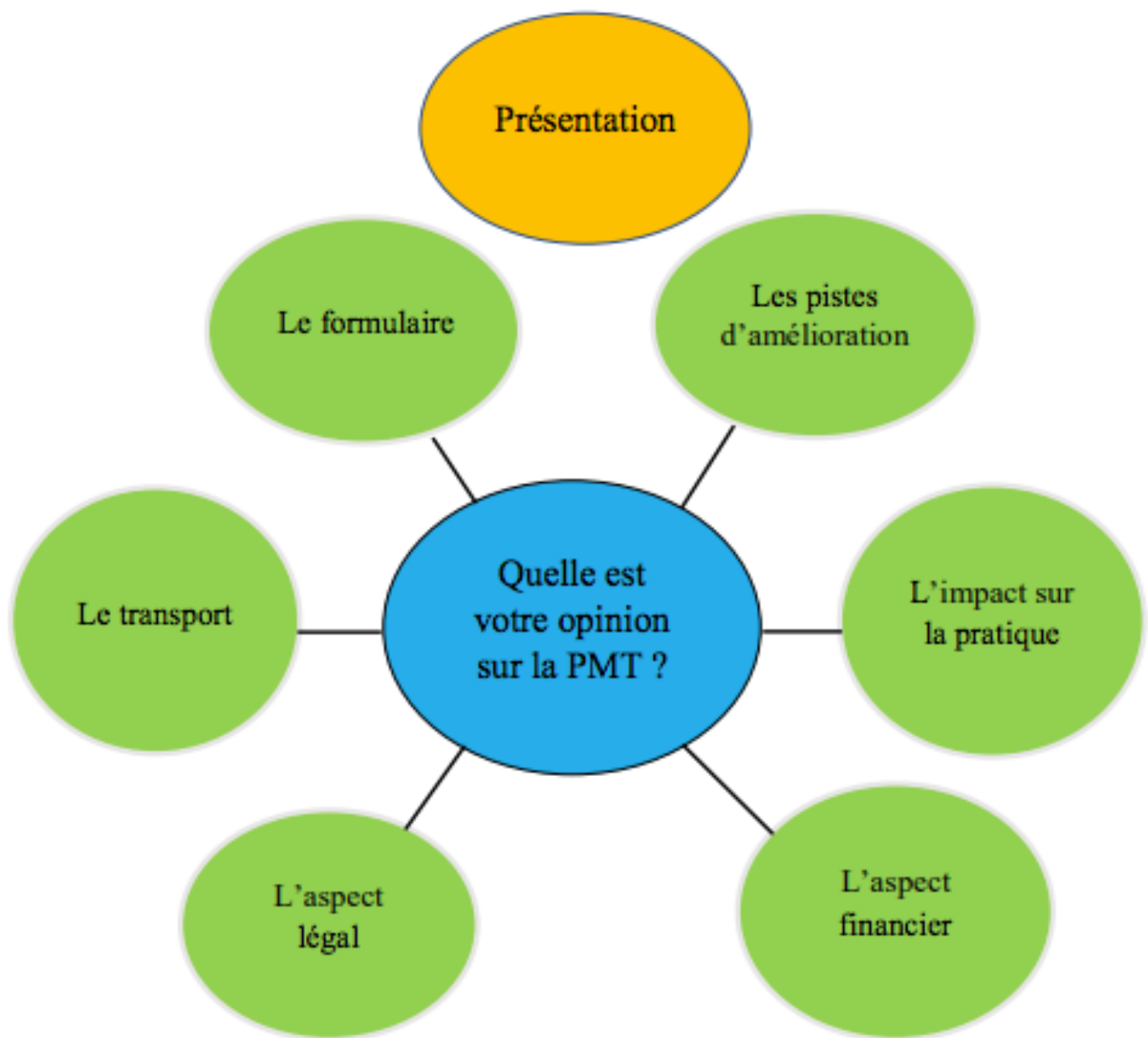
- si un acte réalisé lors de l'hospitalisation a un coefficient égal ou supérieur à K60 ou un tarif égal ou supérieur à 120 euros,
- s'il s'agit d'un transfert en lien direct et consécutif avec une première hospitalisation exonérée du ticket modérateur en raison d'un K60 ou d'un tarif égal à 120 euros,
- lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à son état (*nota bene : cette disposition n'est pas applicable en cas de transfert d'un établissement d'hospitalisation vers un établissement de soins de suite et de réadaptation*).

S3138d

ANNEXE 3 : CAMPAGNE D'INFORMATION A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE - « TRANSPORTS - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE », ASSURANCE MALADIE



ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN



AUTEUR : Nom : SINGH

Prénom : Yoann

Date de soutenance : 06 octobre 2020

Titre de la thèse : La prescription médicale de transport : Point de vue des médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : prescription, prescription médicale de transport, transport sanitaire, médecin généraliste

Résumé :

Contexte : La PMT est un acte médical que le MG est régulièrement amené à rédiger. Il s'agit d'une prescription médicale strictement encadrée par loi qui impose la réunion de conditions précises pour que le transport soit effectivement pris en charge par l'Assurance maladie. La PMT s'avère en pratique inadaptée et largement perfectible. Les MG rencontrent en effet des difficultés dans le maniement de la PMT qui impactent leur quotidien et certaines relations professionnelles. L'objectif de cette étude est d'étudier le point de vue du MG sur le sujet et de proposer des idées d'amélioration.

Méthode : Cette recherche inductive est une étude qualitative qui s'intéresse au ressenti des MG sur la PMT exerçant dans le département du Nord. Elle s'appuie sur la méthode de la théorie ancrée. Des entretiens individuels semi-directifs ont ainsi été réalisés au moyen d'un guide d'entretien jusqu'à suffisance des données. L'encodage axial a permis d'identifier les principales thématiques abordées par les MG. La méthode AFOM a ensuite été employée pour discuter des résultats obtenus.

Résultats : 11 MG ont été interrogés. Ils reconnaissent l'utilité sociale de la PMT. Les sujets de l'étude pointent par ailleurs les difficultés quotidiennes rencontrées à l'occasion de la rédaction de cet acte. Elles tiennent principalement aux règles applicables. Le régime juridique de la PMT est en effet jugé complexe et inadapté, incitant parfois les MG à l'outrepasser. Ces difficultés entraînent également des conséquences sur la qualité des relations qu'ils entretiennent avec les patients, les transporteurs, les confrères ou encore la CPAM. Les MG estiment enfin que la PMT est perfectible ; ils identifient à ce titre des axes d'amélioration.

Conclusion : La PMT est un acte médical qui affecte l'office du MG. Les dysfonctionnements semblent pourtant largement résorbables. Des solutions sont dès lors proposées pour rénover le système actuel. Elles tendent à simplifier le régime juridique, réorganiser les transports sanitaires et améliorer les relations extérieures.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

**Assesseurs : Madame la Professeure Sophie FANTONI-QUINTON
Monsieur le Docteur José DELANNOY**

Directeur de thèse : Monsieur de Docteur Marc BAYEN