LIVRE BLANC 2026

Le transport sanitaire en France et dans neuf pays européens

Document de synthèse indépendant fondé sur des sources publiques. Les règles nationales évoluent ; vérifier les textes et conditions en vigueur avant toute décision opérationnelle.

Sommaire

01. Synthèse exécutive
02. Méthode, périmètre et limites
03. France : architecture du système
04. France : dépenses et activité
05. France : réformes 2025-2027
06. France : trajets à vide, partage et capacité
07. France : facturation, fraude et contrôle
08. Comparaison européenne : lecture transversale
09. Fiches pays : Allemagne, Angleterre, Pays-Bas
10. Fiches pays : Belgique, Espagne, Italie
11. Fiches pays : Norvège, Finlande, Suède
12. Cadre juridique européen : travail via les plateformes
13. Plateformes numériques et risque d’ubérisation
14. Enseignements pour une plateforme indépendante
15. Calendrier 2025-2027 et recommandations
16. Conclusion

Sources et références

Synthèse exécutive

Le transport de patients est une infrastructure discrète de l’accès aux soins. Il relie le domicile, les établissements, les centres de dialyse, les services d’oncologie et les lieux de réadaptation. Sa performance ne se mesure donc pas seulement au nombre de trajets ou au coût kilométrique : elle se mesure aussi à la continuité des traitements, à la sécurité des patients et à la capacité du système à mobiliser le bon véhicule au bon moment.

En France, les données publiques disponibles pour 2024 décrivent un marché remboursé important et hétérogène. L’Assurance Maladie indique 6,5 millions de patients transportés et 6,74 milliards d’euros de dépenses remboursables en 2024, en distinguant 3,67 milliards pour les transporteurs sanitaires et 3,07 milliards pour les taxis conventionnés. Les périmètres statistiques diffèrent selon les publications : la DREES, les comptes de la santé et les documents conventionnels ne comptent pas toujours les mêmes composantes. Les montants ne doivent donc pas être additionnés ou comparés sans vérifier leur définition.

Le mouvement structurel le plus net est la progression du taxi conventionné dans la dépense des trajets, parallèlement à une politique de maîtrise des coûts, de transport partagé et de sécurisation de la facturation. La période 2025-2027 constitue une séquence de transformation : nouveaux cadres conventionnels, déploiement du SEFi, géolocalisation et contrôles renforcés.

Les neuf pays étudiés ne forment pas un marché européen unifié. Certains financent des transports spécialisés sur critères médicaux, d’autres remboursent une partie des déplacements sous conditions, et plusieurs délèguent une part importante de l’organisation aux régions, assureurs ou acheteurs publics. Le mot « transport sanitaire » recouvre ainsi des réalités institutionnelles différentes.

Point de méthode : les montants et critères présentés sont ceux des sources citées et ne constituent pas un tarif universel ni un droit individuel automatique.

Méthode, périmètre et limites

Ce document est une synthèse documentaire indépendante à partir de sources publiques primaires ou institutionnelles consultées au 24 novembre 2026. Les données françaises mobilisent notamment la DREES, l’Assurance Maladie, la Cour des comptes, les textes publiés au Journal officiel et les administrations compétentes. Pour les pays européens, les fiches s’appuient sur des organismes publics nationaux ou régionaux.

Les pays couverts sont la France, l’Allemagne, l’Angleterre, les Pays-Bas, la Belgique, l’Espagne, l’Italie, la Norvège, la Finlande et la Suède. L’Angleterre est étudiée séparément du Royaume-Uni, car les règles du NHS et les compétences de santé diffèrent au sein du Royaume-Uni.

Les indicateurs ne sont pas harmonisés. Les dépenses peuvent inclure ou exclure les transferts inter-établissements, les transports urgents, les indemnités, les trajets remboursés aux patients ou les prestations de transport non médical. Les nombres de véhicules peuvent désigner un parc, des véhicules autorisés, des entreprises, des licences ou des opérateurs. Toute comparaison chiffrée transfrontalière exige donc une définition commune qui n’est pas disponible dans toutes les sources examinées.

Limite importante : les éléments transmis pour préparer cette publication mentionnent un document de 41 pages et des données arrêtées au 12 novembre 2026. La présente édition est une nouvelle rédaction fondée sur les informations et sources consultables ici ; elle ne prétend pas reproduire un document RoullePro préexistant ni valider automatiquement chaque chiffre de son résumé.

France : architecture du système

Le système français associe plusieurs catégories de transport : ambulance pour les patients nécessitant un transport allongé ou une assistance adaptée, véhicule sanitaire léger (VSL) pour le transport assis relevant du transport sanitaire, taxi conventionné pour le transport assis réalisé par un taxi ayant signé la convention avec l’Assurance Maladie, ainsi que certains déplacements en véhicule personnel ou transport collectif lorsque les conditions de prise en charge le permettent.

Le mode de transport relève d’une prescription médicale fondée sur l’état du patient, son autonomie et le référentiel applicable. Un taxi ordinaire non conventionné ou un VTC ne devient pas un transport remboursable par la seule existence d’une prescription. Cette distinction est essentielle pour les patients et pour les plateformes de réservation.

Les taxis conventionnés et les transporteurs sanitaires relèvent de cadres professionnels et tarifaires distincts. Les taxis sont des exploitants de taxi conventionnés avec l’Assurance Maladie ; les VSL et ambulances relèvent d’entreprises de transport sanitaire autorisées. Une plateforme de mise en relation ne peut pas effacer ces différences réglementaires.

France : dépenses et activité

Le communiqué de l’Assurance Maladie du 24 septembre 2025 indique qu’en 2024, 6,5 millions de patients ont bénéficié d’un transport pris en charge, pour 6,74 milliards d’euros de dépenses remboursables : 3,67 milliards pour les transporteurs sanitaires et 3,07 milliards pour les taxis conventionnés. Il fait également état de près de 15 000 ambulances conventionnées et de plus de 14 000 VSL mobilisés.

La DREES observe qu’en 2024, les taxis conventionnés représentent 49 % des dépenses relatives aux trajets, les ambulances 31 %, les VSL 16 % et les autres modes environ 4 %. Ces parts portent sur les dépenses de trajets et non sur l’ensemble des dépenses agrégées dans tous les périmètres.

Le rapport de la Cour des comptes et les documents d’évaluation des politiques de sécurité sociale soulignent la dynamique de dépense, la place des prescriptions hospitalières et les difficultés de pilotage lorsque le prescripteur n’assume pas directement le coût. Le débat public porte donc sur l’équilibre entre accès aux soins, pertinence des prescriptions, capacité disponible et soutenabilité financière.

Point de méthode : les montants et critères présentés sont ceux des sources citées et ne constituent pas un tarif universel ni un droit individuel automatique.

France : réformes 2025-2027

Le protocole d’accord signé en septembre 2025 avec les transporteurs sanitaires vise des économies à l’horizon 2027 et prévoit plusieurs leviers : pertinence du recours à l’ambulance, développement du transport partagé, amélioration de l’organisation des commandes et sécurisation de la facturation. Le texte réglementaire du 29 septembre 2025 inscrit ces mesures dans un objectif de maîtrise des dépenses sur 2025-2027.

La convention-cadre nationale des taxis approuvée en mai 2025 prévoit une transition vers le système électronique de facturation intégrée (SEFi) et l’équipement en géolocalisation certifiée. Le calendrier conventionnel prévoit une généralisation au plus tard au 1er janvier 2027. La Cour des comptes relève que la mise en œuvre technique et le respect des échéances constituent un enjeu opérationnel majeur.

La loi relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, promulguée le 25 juin 2026 selon le ministère chargé des transports, renforce plusieurs outils de lutte contre les pratiques irrégulières dans les secteurs taxis et VTC. Les modalités concrètes dépendent toutefois des textes d’application lorsque ceux-ci sont requis.

France : trajets à vide, partage et capacité

Les trajets à vide représentent un enjeu économique et environnemental, mais les sources publiques ne fournissent pas toujours une mesure homogène et nationale permettant d’en déduire un taux unique. Les retours à vide peuvent être liés à la géographie des soins, aux horaires de rendez-vous, aux déséquilibres entre zones de prise en charge et de dépose, ou aux contraintes d’organisation des véhicules.

Le transport partagé cherche à regrouper des patients dont les trajets sont compatibles, sans compromettre leur sécurité ni leur prise en charge. Il nécessite des règles de compatibilité médicale, une planification robuste, une information claire du patient et une gestion des horaires d’arrivée. Un taux de partage élevé n’est pas automatiquement synonyme d’efficience si les détours, attentes ou retards deviennent excessifs.

Une plateforme utile doit donc optimiser sous contraintes : prescription, type de véhicule, accessibilité, horaires de soins, consentement et règles de facturation. Le simple regroupement algorithmique de points géographiques ne suffit pas.

France : facturation, fraude et contrôle

La Cour des comptes souligne les limites des processus de facturation et la nécessité de fiabiliser les données transmises. Elle relève notamment des difficultés persistantes de généralisation du SEFi et de l’association entre facturation et géolocalisation. La traçabilité peut améliorer le contrôle des kilomètres, des horaires, des lieux de départ et d’arrivée, mais elle doit rester proportionnée et sécurisée.

Le risque de fraude ne doit pas être confondu avec une présomption généralisée à l’égard des professionnels. Les contrôles doivent distinguer erreur administrative, défaut de conformité, facturation indue et fraude intentionnelle. Une procédure contradictoire, des règles compréhensibles et une correction rapide des erreurs sont indispensables à la confiance.

Les données de géolocalisation liées à des trajets de santé sont sensibles par leur contexte. Les plateformes et transporteurs doivent définir les finalités, les accès, les durées de conservation, la sécurité et les responsabilités de traitement conformément au cadre applicable.

Comparaison européenne : lecture transversale

Les systèmes étudiés peuvent être regroupés en trois grandes logiques. Premièrement, un transport spécialisé financé ou organisé par le système public lorsque des critères médicaux ou de mobilité sont remplis, comme dans le NHS anglais. Deuxièmement, un remboursement encadré par l’assurance maladie, souvent avec prescription, autorisation ou reste à charge, comme en Allemagne, aux Pays-Bas ou en Finlande. Troisièmement, des dispositifs régionaux ou territoriaux dont les conditions varient selon le lieu de résidence, comme en Belgique et en Suède.

Les différences portent moins sur l’existence d’un véhicule que sur la question de savoir qui évalue l’éligibilité, qui commande le trajet, qui paie le transporteur, comment le patient contribue et quelles données sont nécessaires à la justification du remboursement.

Le transport non urgent n’est pas systématiquement gratuit. Dans plusieurs pays, les déplacements ordinaires restent à la charge du patient, tandis que certains traitements récurrents, handicaps, limitations fonctionnelles ou besoins médicaux ouvrent droit à un transport organisé ou à une indemnisation.

Fiches pays : Allemagne, Angleterre, Pays-Bas

Allemagne. Le portail fédéral gesund.bund.de distingue les trajets sans accompagnement médical spécialisé (Krankenfahrten), les transports sanitaires avec assistance (Krankentransporte) et les transports d’urgence. Les frais sont pris en charge dans des cas encadrés. Les trajets ambulatoires sont généralement soumis à des exceptions, à une prescription et, dans de nombreux cas, à une autorisation préalable. Les taxis et véhicules de location peuvent être utilisés lorsque les conditions sont réunies.

Angleterre. Le NHS finance les Non-Emergency Patient Transport Services (NEPTS) pour les personnes dont l’état médical, la mobilité, les capacités cognitives ou sensorielles, la sécurité ou le parcours de soins justifient un transport. Le NHS England indique plus de 11 millions de trajets annuels dans son examen du service. Les services sont commandés localement par les Integrated Care Boards et la majorité des patients sont censés organiser leur propre déplacement.

Pays-Bas. Le transport de patients peut être effectué en ambulance, voiture, taxi ou transports publics. Le remboursement de transports assis est limité à des catégories déterminées, notamment dialyse, traitements oncologiques, fauteuil roulant ou situations prévues par la clause de hardship. L’assureur peut encadrer le prestataire autorisé et le choix du transporteur. Une franchise ou contribution personnelle peut s’appliquer.

Point de méthode : les montants et critères présentés sont ceux des sources citées et ne constituent pas un tarif universel ni un droit individuel automatique.

Fiches pays : Belgique, Espagne, Italie

Belgique. Le transport non urgent est organisé dans un paysage où les compétences et les interventions peuvent varier selon les régions et les mutualités. En Wallonie, l’AVIQ décrit le transport médico-sanitaire non urgent en ambulance comme une compétence régionale, distincte de l’aide médicale urgente fédérale. Les mutualités peuvent proposer des interventions complémentaires, des réseaux agréés et des dispositifs de tiers payant ; les montants et conditions ne sont pas uniformes pour tout le pays.

Espagne. Le portefeuille commun du Sistema Nacional de Salud distingue le transport urgent, financé publiquement, et le transport sanitaire non urgent, soumis à prescription pour raisons cliniques et à une participation de l’usager selon les règles applicables. Les communautés autonomes organisent la prestation dans le cadre commun et peuvent prévoir des modalités complémentaires.

Italie. Le cadre du transport non urgent est fortement territorialisé. Le ministère de la Santé rappelle que l’accès aux soins non urgents et aux services territoriaux passe notamment par le 116117, dont l’activation et les services associés varient selon les régions. Les transports programmés, les transferts et les prestations d’urgence ne doivent pas être confondus ; l’organisation et le financement du transport non urgent dépendent du contexte régional et de la prescription ou de l’indication médicale.

Fiches pays : Norvège, Finlande, Suède

Norvège. Le dispositif Pasientreiser rembourse en principe les déplacements vers des soins couverts par le service public selon un taux kilométrique standard, indépendamment du mode de transport, sous réserve de conditions de distance et de zone. Si les transports publics ne sont pas adaptés pour des raisons médicales ou de transport, un transport adapté peut être organisé. Le taxi est généralement réservé sur indication de santé par le prestataire de soins ou le bureau local de transport des patients.

Finlande. Kela rembourse certains déplacements médicaux lorsque le taxi est nécessaire pour des raisons de santé ou faute de transport public. Le patient doit réserver par l’intermédiaire du centre régional de réservation lié à Kela ; un taxi commandé en dehors de ce circuit n’est en principe pas remboursé. Une participation par trajet et un plafond annuel de reste à charge s’appliquent.

Suède. Les sjukresor sont gérés au niveau régional. Les patients peuvent demander une indemnisation pour des déplacements liés à la maladie ou à l’accouchement, mais une participation personnelle est généralement due. Les règles, modes éligibles, montants et conditions varient entre les régions. Les déplacements en voiture personnelle, bus ou train peuvent être indemnisés selon les règles locales.

Cadre juridique européen : travail via les plateformes

La directive (UE) 2024/2831 du 23 octobre 2024 vise à améliorer les conditions de travail dans le cadre du travail via une plateforme. Les États membres doivent la transposer au plus tard le 2 décembre 2026. Elle porte notamment sur la détermination correcte du statut professionnel et sur la gestion algorithmique du travail.

Cette directive ne crée pas, à elle seule, un droit européen au transport sanitaire, ne fixe pas les critères médicaux d’éligibilité et ne remplace pas les règles nationales de remboursement. Son intérêt pour le secteur tient aux modèles de plateformes qui organisent ou contrôlent le travail des conducteurs, notamment lorsque la plateforme détermine les prix, l’accès aux courses, l’évaluation ou les sanctions.

Les règles de protection des données, de sécurité des patients, de commande publique, de droit de la concurrence et de réglementation professionnelle restent également pertinentes. Une application de réservation n’est pas automatiquement un opérateur de transport sanitaire.

Plateformes numériques et risque d’ubérisation

Les plateformes peuvent réduire le coût de coordination : centralisation des demandes, visibilité sur les disponibilités, suivi du trajet, communication avec les établissements, gestion des retards et transmission de justificatifs. Elles peuvent également améliorer la traçabilité et la qualité de service si elles sont intégrées aux systèmes des transporteurs et des payeurs.

Le risque d’ubérisation apparaît lorsque la plateforme ne se contente plus de faciliter la coordination, mais exerce un contrôle économique ou opérationnel sur les professionnels sans assumer clairement les responsabilités correspondantes. Les signaux à examiner comprennent la fixation unilatérale des tarifs, la dépendance à un intermédiaire, la notation opaque, les sanctions automatiques, l’accès discriminatoire aux courses et le transfert du risque d’annulation au conducteur.

Uber Health présente publiquement un service de coordination de trajets pour les organisations de santé et indique être disponible dans plusieurs pays, dont l’Allemagne, le Royaume-Uni et les Pays-Bas, mais pas en France au moment de la consultation de sa page française. Cette présence commerciale ne signifie pas que le service réalise partout du transport sanitaire réglementé : il faut distinguer transport ordinaire, transport adapté et transport médicalement encadré.

Pour la France, une plateforme indépendante devrait être conçue comme un outil de coordination conforme aux statuts des opérateurs, et non comme un substitut aux autorisations, conventions, prescriptions ou obligations de facturation.

Point de méthode : les montants et critères présentés sont ceux des sources citées et ne constituent pas un tarif universel ni un droit individuel automatique.

Enseignements pour une plateforme indépendante

Une plateforme de réservation indépendante peut créer de la valeur si elle respecte cinq principes. Premièrement, la qualification du besoin doit être vérifiée : transport assis, VSL, ambulance, fauteuil roulant, accompagnement ou autre contrainte. Deuxièmement, l’affectation doit s’effectuer uniquement à des opérateurs habilités pour le service demandé. Troisièmement, les données de prescription et de facturation doivent être séparées des données commerciales et protégées.

Quatrièmement, la plateforme doit conserver une piste d’audit : horodatage, acceptation, annulation, motif, affectation, prise en charge et clôture du trajet. Cinquièmement, la relation avec les transporteurs doit être transparente : commissions, règles de priorité, modalités de paiement, responsabilités, traitement des réclamations et propriété de la relation client.

Le modèle le plus robuste n’est pas nécessairement celui qui contrôle le plus fortement l’offre. Il peut s’agir d’une infrastructure neutre qui améliore l’appariement, la qualité des données, la visibilité des disponibilités et la coordination, tout en laissant aux professionnels la responsabilité opérationnelle et réglementaire de leur activité.

Calendrier 2025-2027 et recommandations

2025 : nouveau cadre conventionnel national des taxis et protocole de maîtrise des dépenses avec les transporteurs sanitaires ; déploiement progressif des exigences de partage, de certification et de traçabilité.

2026 : renforcement des outils de lutte contre les fraudes sociales et fiscales ; préparation de la transposition de la directive européenne sur le travail via les plateformes, dont l’échéance est fixée au 2 décembre 2026.

2027 : échéance conventionnelle française pour la généralisation du SEFi et de la géolocalisation certifiée des taxis conventionnés ; montée en charge des exigences de fiabilisation de la facturation et des contrôles.

Pour les pouvoirs publics : publier des indicateurs harmonisés, distinguer dépenses de trajets et dépenses globales, documenter le reste à charge, mesurer les retards et annulations, et évaluer le transport partagé par ses effets sur le patient autant que par ses économies.

Pour les établissements : améliorer la qualité des prescriptions, anticiper les sorties, partager les informations strictement nécessaires et intégrer les contraintes de mobilité au parcours de soins.

Pour les transporteurs : préparer les échéances numériques, documenter les prestations, sécuriser les données et participer aux dispositifs de coordination sans renoncer à leur autonomie professionnelle.

Pour les plateformes : concevoir la conformité comme une fonction centrale du produit, et non comme une vérification ajoutée après le lancement.

Conclusion

Le transport de patients est un service essentiel, à la frontière de la santé, de la mobilité et de la protection sociale. La France entre dans une phase de régulation plus numérique et plus exigeante, tandis que les pays européens illustrent des choix institutionnels très différents : financement par critères, organisation régionale, remboursement forfaitaire ou commande locale.

Le défi n’est pas seulement de transporter davantage à moindre coût. Il consiste à préserver la continuité des soins, à rendre les dépenses vérifiables, à protéger les patients et à maintenir des conditions d’exercice soutenables pour les professionnels. La technologie peut y contribuer si elle renforce la transparence et la coordination sans brouiller les responsabilités.

Sources et références

Sources publiques et institutionnelles consultées le 24 novembre 2026. Les pages nationales peuvent être mises à jour après cette date.

• DREES, Les dépenses de santé en 2024, édition 2025 (chapitre transports sanitaires)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-09/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202024_embargo.pdf

• Assurance Maladie, protocole d'accord transporteurs sanitaires, 24 septembre 2025
https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2025-09-24-cp-signature-protocole-transporteurs-sanitaires

• Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 – transports de patients
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-05/20260527-RALFSS-2026-7-Transports-patients-a-la-charge-de-l-assurance-maladie.pdf

• Évaluation des politiques de sécurité sociale, recours aux transports sanitaires
https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-6-4-recours-aux-transports-sanitaires.html

• Légifrance, arrêté du 16 mai 2025 – convention-cadre nationale taxis
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000051605326

• Légifrance, protocole d'accord du 29 septembre 2025 – maîtrise des dépenses
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000052304334

• Ministère de la Transition écologique, loi antifraude taxis/VTC, 9 juillet 2026
https://www.ecologie.gouv.fr/presse/loi-relative-lutte-contre-fraudes-sociales-fiscales-nouvelles-mesures-mieux-lutter-contre

• EUR-Lex, Directive (EU) 2024/2831 on platform work
https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/LSU/?uri=CELEX%3A02024L2831-20241111

• Uber Health, official service overview and country availability
https://www.uberhealth.com/fr/fr/

• Germany, gesund.bund.de – travel costs for medical treatment
https://gesund.bund.de/fahrkosten

• Netherlands, Rijksoverheid – reimbursement of patient transport
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/vraag-en-antwoord/zorgverzekering/is-ziekenvervoer-opgenomen-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering

• Belgium, AVIQ – non-urgent medical transport (Wallonia)
https://www.aviq.be/en/node/273

• Spain, Spanish Social Security – healthcare transport benefit
https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10938/30483/106374?changeLanguage=fr

• Italy, Ministry of Health – 116117 non-urgent care access
https://www.salute.gov.it/new/it/tema/nuova-assistenza-distrettuale/numero-europeo-cure-non-urgenti-116117/

• England, NHS England – NEPTS review
https://www.england.nhs.uk/urgent-emergency-care/improving-ambulance-services/nepts-review/

• Norway, Helsenorge – forms of patient travel
https://www.helsenorge.no/en/patient-travel/about/forms-of-transport/

• Finland, Kela – travel costs and taxi rides
https://www.kela.fi/travel-costs

• Sweden, 1177 – patient travel (Sjukresor)
https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/sjukresor-och-fardtjanst/sjukresor/

Note de citation : reproduction d'extraits courts et citation autorisées sous réserve de mentionner la source et de respecter les conditions propres à chaque publication. Les chiffres ont été reformulés et contextualisés ; les droits des documents sources restent applicables.

Sola Drive Company · Lyon, France · 24 novembre 2026