



# **Transports sanitaires**

**Pour des transports  
intégrés aux  
parcours de soins**



# 1

## Résumé

Les transports sanitaires occupent une place de plus en plus importante dans l'organisation concrète des parcours de soins. Ils représentent aujourd'hui près de 7 milliards d'euros de dépenses par an et font, à ce titre, l'objet d'une attention croissante des pouvoirs publics. Depuis plusieurs années, les réformes engagées se sont principalement concentrées sur la maîtrise de la dépense, portée par les usagers : restriction de certaines conditions de prise en charge, augmentation des franchises médicales, développement du transport assis partagé, ou encore conditionnement du tiers payant à l'acceptation du transport partagé dans certaines situations.

La hausse des dépenses de transport sanitaire s'explique pourtant avant tout par des facteurs structurels : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, développement de l'ambulatoire et évolution de l'offre de soins au détriment de la proximité. Elle résulte également des évolutions tarifaires du secteur et parfois de pratiques insuffisamment régulées. Les usagers ne peuvent être tenus pour responsables de cette hausse : le recours au transport sanitaire répond à des besoins de santé et constitue une condition d'accès aux soins.

Les associations membres de France Assos Santé alertent sur des difficultés persistantes et fréquentes remontées par les usagers : retards, attentes prolongées, accès insuffisant à des véhicules adaptés, restes à charge dans certaines situations, refus de prise en charge et donc recours contraint aux proches ou aux aidants, difficultés territoriales, complexité administrative et réglementation inadaptée, manque de prise en compte des besoins spécifiques. Pour compléter les nombreuses remontées associatives, France Assos Santé a souhaité analyser certains parcours. L'enquête QUALITRANSP menée par France Assos Santé montre que le transport sanitaire n'est pas un service périphérique ou un simple déplacement entre le domicile et le lieu de soins, mais fait partie intégrante du soin. Pour de nombreux patients, il conditionne directement l'accès aux soins, la continuité des prises en charge, la sécurité après les traitements, la fatigue physique et psychique, ainsi que le vécu global du parcours.

Les résultats de l'enquête QUALITRANSP, centrée notamment sur les patients dialysés, les patients atteints de cancer et les personnes vivant avec un handicap moteur, convergent avec les remontées régulières des associations membres de France Assos Santé.

Le problème n'est donc pas seulement celui du coût des transports sanitaires. Il est celui de leur place dans les parcours de soins, de leur qualité, de leur accessibilité et de leur capacité à répondre aux situations réelles des patients. Lorsque le transport est inadapté, trop long, trop tardif, trop coûteux ou insuffisamment sécurisé, ce sont les patients et leurs proches ou leurs aidants qui en supportent les conséquences. Ces défaillances peuvent entraîner de la fatigue supplémentaire, des ruptures de parcours, des pertes de chance, voire des renoncements aux soins.



## **France Assos Santé appelle à une réforme ambitieuse des transports sanitaires.**

Les six demandes de France Assos Santé sont fondées sur une conviction simple : une politique de transport sanitaire ne doit pas seulement maîtriser des flux et des coûts, elle doit contribuer à sécuriser les parcours et à prendre soin des patients :

- » Reconnaître pleinement le transport comme une composante du soin, en l'intégrant dans l'organisation des parcours, notamment pour les personnes en affection de longue durée, les patients atteints de cancer, les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et les patients suivis en ambulatoire ;
- » Réformer le financement, pour que la qualité des parcours, la durée du trajet et de l'attente, de l'accompagnement, la continuité de la relation et l'adaptation aux besoins soient mieux valorisées ;
- » Encadrer strictement le transport assis partagé, afin qu'il ne soit jamais imposé à des patients dont l'état de santé ou la situation de handicap ou de perte d'autonomie le rendrait inadapté ;
- » Ouvrir un chantier national sur les besoins encore insuffisamment pris en compte, en particulier le handicap moteur, les besoins complexes de mobilité et les situations bariatriques ;
- » Simplifier et sécuriser les prescriptions de transport pour les situations au long cours ;
- » Evaluer la politique du transport sanitaire à partir d'indicateurs centrés sur des indicateurs de qualité et l'expérience des patients, et non seulement sur les volumes, les coûts ou des taux de mutualisation.

## **Le constat : des problèmes d'accès, de qualité et de continuité des soins**

Le transport sanitaire est souvent abordé comme un poste de dépense ou comme un service logistique. Cette représentation ne correspond pas à l'expérience vécue par les patients. Pour les personnes qui suivent des traitements réguliers, lourds ou prolongés, le transport n'est pas un temps neutre. Il s'inscrit dans le parcours de soins, en prolonge parfois les effets, et peut aggraver ou au contraire atténuer la vulnérabilité créée par la maladie, le handicap ou les traitements.

L'enquête QUALITRANSP met en évidence que les patients accordent une importance majeure à la ponctualité, à la stabilité des chauffeurs, à la durée des trajets, au temps d'attente, à la qualité relationnelle et à l'adaptation du transport à leur état de santé. Ces dimensions ne relèvent pas du confort accessoire. Elles conditionnent la sécurité, la dignité et la capacité à supporter les soins.

Pour les patients dialysés, le transport est une composante répétée et durable du parcours. Les séances sont fréquentes, souvent trois fois par semaine, pendant plusieurs années. Pour les patients atteints de cancer, on retrouve un nombre et une fréquence élevés de séances de chimiothérapie et/ou radiothérapie, sur des temporalités plus variables. Les conséquences sont identiques, les sorties de séances représentent des moments de vulnérabilité particulier : hypotension, malaise, fatigue intense, impossibilité ou danger à reprendre soi-même le volant. Dans ce contexte, un retard, un détour important ou une attente prolongée ne sont pas de simples désagréments. Ils peuvent augmenter la fatigue, l'angoisse et le risque pour le patient. Un transport partagé mal organisé, un temps d'attente trop long ou un trajet rallongé peuvent transformer un déplacement nécessaire en épreuve supplémentaire. Pour certains patients, les conséquences dépassent la seule fatigue. Chaque retard conduit à raccourcir certaines séances ou à désorganiser les plannings de soins. Ces situations peuvent avoir des conséquences médicales et générer de véritables pertes de chance.

## **La qualité de transport impacte donc directement la santé des patients.**

Les personnes vivant avec un handicap moteur font face à des difficultés spécifiques qui restent trop souvent invisibilisées. L'enquête souligne la rareté des véhicules réellement adaptés, les douleurs liées à certaines conditions de transport, les contraintes posturales, la dépendance à quelques acteurs spécialisés et la charge administrative liée aux prescriptions. Dans certaines situations, quand cela est possible, les patients indiquent préférer recourir à leurs proches ou leurs aidants plutôt qu'à des transports jugés inadaptés, douloureux ou déshumanisants. Le handicap moteur apparaît ainsi comme un angle mort important de l'organisation actuelle des transports sanitaires, et notamment lorsqu'il y a des trajets itératifs au long cours.

Ces constats montrent les limites d'un système encore largement pensé pour des parcours standards. Or les parcours de soins ne sont pas standards. Les patients n'ont pas tous la même capacité à attendre, à partager un véhicule, à supporter un détour, à rester assis longtemps, à monter dans un véhicule non adapté ou à gérer seuls les incertitudes d'organisation. Les besoins varient selon l'état de santé, le moment du traitement, la fréquence des soins, la fatigue, les douleurs, le handicap, l'environnement familial et le territoire.

Le développement du transport assis partagé illustre cette tension. Lorsqu'il est organisé localement, avec des chauffeurs connus, des trajets raisonnables et une attention réelle à l'état des patients, il peut être accepté et utile. Mais lorsqu'il est pensé principalement comme un instrument de mutualisation et de réduction des coûts, il peut fragiliser les parcours. Les risques identifiés par les patients et les associations sont clairs : trajets rallongés, attentes prolongées, fatigue accrue, cohabitations difficiles, désorganisation des journées de soins, voire renoncement à certains déplacements trop éprouvants.

Le sujet n'est donc pas de refuser par principe toute forme de transport partagé. Il est de garantir que celui-ci reste compatible avec l'état de santé, la dignité et la sécurité des patients. Le transport partagé ne peut devenir une norme administrative indifférente aux situations individuelles. Il doit être encadré, évalué et assorti de garanties opposables.

Au-delà du transport partagé, l'enquête interroge le modèle de financement et de régulation. Le système actuel valorise principalement la distance parcourue. Or ce que les patients identifient comme essentiel relève souvent d'autres dimensions : durée du trajet, temps d'attente et d'accompagnement, continuité de la relation avec les chauffeurs, capacité à adapter le trajet aux effets des traitements, ponctualité, attention portée à la personne, respect de la dignité. Ces éléments sont déterminants pour la qualité du parcours mais restent insuffisamment reconnus dans les modèles économiques.

Cette logique crée un décalage entre ce qui est financé et ce qui compte réellement pour les patients. Le kilomètre est visible, mesurable et rémunéré. Le temps d'attente, la fatigue générée, la qualité de l'accompagnement, l'angoisse liée à un retard, la douleur provoquée par un véhicule inadapté ou la charge mentale imposée aux proches et aux aidants le sont beaucoup moins. Pourtant, ces dimensions ont des effets concrets sur l'accès aux soins et la continuité des prises en charge.

Les inégalités territoriales renforcent encore ces difficultés. Dans certains territoires, l'offre adaptée est rare, les délais sont plus importants, les alternatives limitées et la dépendance à l'entourage plus forte. Les patients qui vivent avec un handicap moteur, les personnes ayant des besoins complexes de mobilité ou les personnes en situation bariatrique peuvent se heurter à une absence de solution disponible ou réellement adaptée. Lorsque le système ne répond pas, les proches ou les aidants, quand il y en a, compensent, parfois au prix d'une charge importante, peu reconnue et peu mesurée.

Le transport sanitaire révèle ainsi une question plus large : celle de la capacité du système de santé à organiser les conditions concrètes d'accès aux soins. Un rendez-vous médical n'est réellement accessible que si le patient peut s'y rendre et en revenir dans des conditions compatibles avec son état de santé. Une politique de soins ambulatoires ne peut réussir que si elle intègre les contraintes de mobilité qu'elle implique. Une politique de qualité ne peut se limiter aux actes médicaux si elle ignore ce qui se passe avant et après ces actes.

Aujourd'hui, les politiques publiques évaluent surtout les volumes, les coûts et les taux de mutualisation. Ces indicateurs sont nécessaires, mais insuffisants. Ils ne permettent pas de mesurer les retards subis, les attentes prolongées, les trajets devenus insupportables, les renoncements silencieux, le recours contraint aux proches ou aux aidants, ou l'absence de véhicules adaptés. Ce qui n'est pas mesuré reste trop souvent invisible dans la décision publique.

Reconnaître le transport comme une composante du soin suppose donc de changer de perspective. Il ne s'agit pas seulement d'optimiser une dépense, mais de sécuriser un maillon essentiel des parcours. Il ne s'agit pas seulement d'organiser des déplacements, mais de garantir que ces déplacements ne deviennent pas une cause supplémentaire de fatigue, d'inégalité ou de rupture. Il ne s'agit pas seulement de réguler une offre, mais de construire une politique publique à partir de l'expérience réelle des patients.



## Quelques témoignages

« On m'a prescrit des transports pour mes séances de chimiothérapie mais je n'ai jamais trouvé de VSL disponible, je me suis découragé et j'ai pris ma voiture alors que cela était déconseillé par mon médecin. »

**Bruno, 42 ans, personne traitée pour un cancer**

« Mon père disait qu'il se sentait comme du bétail quand on le « chargeait et déchargeait » - il y avait vraiment peu de considération pour sa situation. Ça m'a vraiment peinée de l'entendre dire ça. »

**Clementine 22 ans, aidante de son père décédé à la suite d'un cancer**

**Dominique, personne vivant en situation de handicap**

« Je vais toutes les 6 semaines à l'hôpital pour une injection dans l'œil. Lors du dernier voyage avec le VSL j'avais rendez-vous à 14 h, il est venu me chercher à 11 h 30 car il avait d'autres patients (3) à déposer dans divers endroits. Même chose au retour, on a fait la tournée des hôpitaux et cliniques. Je suis rentrée à 17 h 30, soit 6 heures pour une pique de 5 mn (à 14 h j'étais la première à passer) et 4 h 30 de trajet au lieu de 2 h. Je dois monter devant car je ne plie pas la jambe droite, or un monsieur était dans la même situation et a dû monter derrière avec l'inconfort et la douleur. »

« L'une des premières fois où j'ai pris ma voiture, au lieu de partir tout de suite à la fin de la dialyse, je suis allé prendre un pot avec ma fille, j'ai fait un malaise. J'ai fait un malaise où les pompiers sont venus me chercher. Rétrospectivement, je me suis dit, heureusement que ma fille était venue pour qu'on aille prendre un pot, parce que si j'étais parti avec la voiture, comment ça serait passé sur la route ? »

**Hervé, personne traitée par dialyse**



« Alors très sincèrement, c'est très dangereux, de un (de prendre son véhicule personnel). De deux, il faut faire valider notre permis auprès d'un médecin, normalement. Mais de par la loi de 2022 ou 2023, normalement, on n'a plus le droit de conduire après une dialyse. C'est dans les annexes de la loi. »

**Frédéric, personne traitée par dialyse**

« [Le transport] dans le handicap, pour moi, ça a été la partie la plus douloureuse, la plus triste en fait. Vraiment, ça te renvoie à ta condition de grande dépendance et de déshumanisation. Je n'ai jamais ressenti ça pour autre chose. »

**Coralie, personne vivant en situation de handicap moteur**

« En fait, il faut toujours courir après ces bons de transports, alors que je fais la même rééducation tous les ans. La dernière fois, ils n'avaient pas fait le bon, ils m'ont envoyé une facture, donc c'était une facture de 300 euros. »

« Je sais que ça va être fatigant, voire douloureux aussi, parce que les voyages en ambulance, c'est pas super confortable. (...) Ils ont une ambulance. Le brancard retombe. Je ne reste pas assise. Et donc, il faut que je leur demande sans arrêt de me redresser. Ça les énerve. (...) Ça ne nous rend pas bien parce qu'il m'est arrivé de déclencher des spasmes parce que j'étais mal installée ou des douleurs parce qu'ils ne mettent pas forcément de coussins anti-escarre. »

**Catherine, personne vivant en situation de handicap moteur**

« Je suis en obésité et j'ai besoin de me rendre chez les médecins en ambulance. Or les ambulanciers ne veulent plus me transporter. Ils m'invitent à demander un transport bariatrique qui est beaucoup plus coûteux. Or, je n'ai pas les moyens. Je ne sais pas quoi faire. »

**Eliès, personne vivant en situation d'obésité**



# 3 Les demandes de France Assos Santé



## **La reconnaissance du transport comme une composante du soin.**

Cette reconnaissance doit être explicite dans les politiques publiques, les parcours et les financements. Les transports doivent être intégrés aux parcours des patients en affection de longue durée, des patients atteints de cancer, des personnes en situation de handicap et des personnes concernées par le développement des soins ambulatoires. L'organisation des soins et l'organisation des transports ne peuvent plus être pensées séparément. Cette reconnaissance doit se traduire concrètement dans la conception des parcours. Lorsqu'un traitement impose des déplacements fréquents, lorsqu'un patient sort affaibli d'une séance, lorsqu'un handicap rend certains véhicules inadaptés, ou lorsqu'un territoire ne dispose pas d'offre suffisante, ces contraintes doivent être anticipées. Le transport ne doit plus être traité comme une conséquence secondaire du soin, mais comme une condition de sa continuité.



## **Une réforme du financement des transports sanitaires.**

Le modèle actuel, trop centré sur la distance parcourue, ne valorise pas suffisamment ce qui fait la qualité réelle du service pour les patients. Le temps de trajet, d'attente et d'accompagnement, la continuité avec les chauffeurs, la ponctualité, la capacité d'adaptation aux effets des traitements, la qualité relationnelle et le respect de la dignité doivent être reconnus comme des dimensions à part entière de la qualité. Les contractualisations avec les acteurs du transport doivent intégrer ces critères, afin de soutenir les structures qui assurent une prise en charge de qualité, reconnue par les patients. Une politique de transport sanitaire orientée vers la qualité ne peut pas se limiter à financer des kilomètres. Elle doit financer des parcours sécurisés. Elle doit encourager les organisations capables de garantir des trajets adaptés, humains, ponctuels et coordonnés avec les besoins des patients. Elle doit également éviter que la recherche d'efficacité ne se traduise par une dégradation de l'expérience patient ou par un transfert de charge vers les proches ou les aidants. Toute réforme conduisant à intégrer les transports à des forfaits (pathologies chroniques et autres), devra s'accompagner de mesures destinées à assurer la qualité, la dignité, la sécurité des soins et du transport.



## **Un encadrement strict du transport assis partagé.**

Celui-ci peut avoir une utilité, mais uniquement s'il reste compatible avec l'état de santé et la situation des patients. Des contre-indications médicales et situationnelles doivent être définies. Des plafonds opposables doivent être fixés pour les temps d'attente et les rallongements de trajet. Les patients les plus vulnérables doivent bénéficier d'un droit au refus sans perte de prise en charge lorsque le transport partagé est inadapté. Les effets du transport partagé sur les parcours de soins doivent être régulièrement évalués, en associant les usagers et leurs représentants.



## **L'ouverture d'un chantier national sur les besoins insuffisamment pris en compte.**

Les situations de handicap moteur, les besoins complexes de mobilité et les situations bariatriques doivent faire l'objet d'une attention spécifique. Il est nécessaire de développer un parc de véhicules réellement adaptés, de cartographier l'offre territoriale disponible, d'identifier les zones de rupture et d'intégrer ces enjeux dans les politiques d'accessibilité et de compensation du handicap. Les patients concernés ne doivent plus dépendre de solutions rares, fragiles ou improvisées.



## **La simplification et la sécurisation des prescriptions de transport.**

Pour les situations au long cours et durables, ou lorsque des prescriptions annuelles sont censées être mises en place, nous constatons de plus en plus de difficultés. Plusieurs associations rapportent en effet des restrictions croissantes ou des interprétations divergentes qui conduisent à remettre en cause des dispositifs pourtant adaptés à des besoins durables. La simplification doit également concerner les situations où les besoins de transport sont médicalement prévisibles. Les démarches administratives répétées doivent être allégées, en particulier lorsque les besoins sont permanents ou peu susceptibles d'évoluer. Les patients et leurs proches ou leurs aidants ne doivent pas être contraints de justifier sans cesse des besoins déjà connus, au risque de retards, d'incertitudes ou de ruptures dans la prise en charge.



## **Une régulation des transports sanitaires reposant sur la qualité, et non seulement sur la dépense.**

Les indicateurs suivis par les pouvoirs publics doivent mieux refléter l'expérience réelle des patients. La ponctualité, les temps d'attente, la durée des trajets, la continuité chauffeur-patient, la fatigue générée, la sécurité, le respect de la dignité, l'accès aux véhicules adaptés et les restes à charge doivent faire partie des éléments évalués. Ces indicateurs doivent également permettre d'objectiver les difficultés territoriales, les charges supportées par les proches ou les aidants, les besoins complexes insuffisamment couverts et les effets concrets des transports sur les parcours de soins.



Ces demandes ne visent pas seulement à améliorer une prestation technique. Elles visent à construire une politique du transport sanitaire cohérente avec les ambitions du système de santé : accès aux soins, prévention des ruptures de parcours, qualité, dignité, prise en compte des vulnérabilités et soutien au virage ambulatoire.

**France Assos Santé appelle donc à ouvrir une réforme associant les usagers, les associations, les professionnels de santé, les transporteurs, l'Assurance maladie et les pouvoirs publics. L'objectif doit être de passer d'une logique de transport considéré comme une dépense à optimiser à une logique de transport reconnu comme un maillon essentiel du soin.**



## Enquête QUALITRANSP

# Résumé et enseignements

## Contexte.....

En France, les dépenses de transports sanitaires de ville représentent près de 3% de la consommation de soins et de biens médicaux, avec une dynamique de croissance supérieure à celle de l'ensemble des dépenses de santé. Les réformes récentes ont principalement ciblé ce poste via la baisse du taux de remboursement de droit commun, le relèvement des franchises et la promotion du transport assis partagé. Pourtant, le vécu des usagers, leurs attentes et les effets de ces réformes sur leurs parcours restent peu documentés.

## .....Objectif.....

L'étude QUALITRANSP vise à **comprendre, du point de vue des patients, comment les transports sanitaires** – en ambulance, VSL ou taxi conventionné – **s'inscrivent dans les parcours de soins**, ce qu'ils produisent en termes de vulnérabilité, de continuité ou de renoncements, et comment les usagers interprètent les réformes récentes, en particulier le transport assis partagé.



## Méthode.....

Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs a été menée auprès de 11 personnes adultes ayant recours régulier au transport sanitaire pour motif de santé : 3 en hémodialyse chronique, 5 suivies pour un cancer avec traitements itératifs, 3 en situation de handicap moteur. Les participants ont été principalement recrutés via des associations membres de France Assos Santé (Ligue contre le cancer, APF France Handicap, Renaloo). L'analyse, inspirée de la théorisation ancrée, s'est appuyée sur un codage thématique inductif et une comparaison constante entre profils (dialyse, cancer, handicap moteur) et types de structures de transport (grandes entreprises, petites sociétés).





## Résultats.....

L'enquête met en évidence trois régimes de transport différenciés :

- **dialyse** (chronique, planifié, fortement intégré au choix résidentiel) ;
- **cancer** (phase aiguë, dense, vulnérable aux désajustements logistiques et sensoriels) ;
- **handicap moteur** (chronicité au très long cours, absence de "parcours handicap" structuré, forte dépendance aux véhicules adaptés).

Dans cet échantillon, les entretiens font apparaître un contraste marqué entre grandes entreprises d'ambulance, perçues comme des dispositifs industrialisés centrés sur l'optimisation kilométrique, et petites structures de taxi/VSL, associées à la continuité relationnelle, à l'ajustement aux besoins et à la constitution de collectifs de soin.

**Les critères de qualité d'un "bon" transport, stables au-delà des pathologies, s'organisent autour de quatre dimensions :**



**fiabilité  
temporelle**



**humanité de  
la relation**



**adaptation à  
la pathologie**



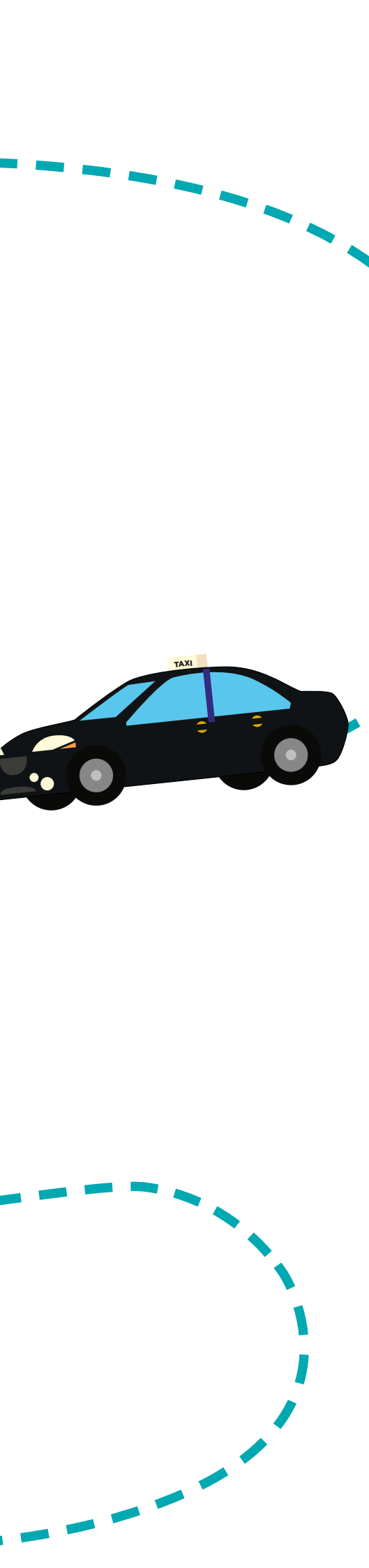
**sécurité**

Le transport partagé apparaît comme une pratique déjà ancienne en milieu rural, pouvant générer des microsociabilités positives, mais dont la standardisation récente peut accentuer les risques et contraintes pour les patients les plus vulnérables (dialyse, chimio). Les personnes en situation de handicap moteur apparaissent comme particulièrement désavantagées, du fait de la rareté des véhicules réellement adaptés et de la répétition des démarches administratives pour la délivrance des « bons de transport ».



## Conclusion

Les transports sanitaires constituent un maillon essentiel de la chaîne de soins, et non un simple poste logistique ou budgétaire. Les résultats invitent à repenser le mode de rémunération en reconnaissant le temps comme condition de la qualité (et pas seulement la distance), à conditionner toute revalorisation à des dispositifs d'évaluation intégrant l'expérience des usagers, et à encadrer strictement les conditions de mise en œuvre du transport partagé. Ils soulignent enfin la nécessité de considérer le transport adapté comme un élément central des politiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap moteur.





[Défendre vos droits](#)

[Vous représenter](#)

[Agir sur les lois](#)