

RoullePro

UNE PUBLICATION ROULLEPRO

LIVRE BLANC · ÉDITION 2026

Le transport sanitaire en France et en Europe

Financement, acteurs, réformes et arrivée des plateformes numériques dans dix systèmes de santé

Données arrêtées au 12 novembre 2026

ROULLEPRO · 2026

À propos de ce document

Ce livre blanc fait le point sur le transport non urgent de patients en France et dans neuf pays européens de comparaison : Allemagne, Angleterre, Pays-Bas, Belgique, Espagne, Italie, Norvège, Finlande et Suède. Il décrit pour chaque système son fonctionnement, ses financeurs, son coût, ses prestataires, les réformes en cours et l'arrivée des plateformes numériques de réservation, dont Uber Health.

MÉTHODE ET CONVENTIONS

- Les sources sont des sources primaires ou institutionnelles récentes chaque fois qu'elles existent : instituts statistiques, assurance maladie, juridictions financières, parlements, journaux officiels, avis de marchés publics et documents financiers d'entreprises. La presse spécialisée et les fédérations professionnelles servent à donner des signaux du secteur et sont identifiées comme telles.
- Chaque indicateur est donné pour la dernière année disponible. Les dépenses portent le plus souvent sur 2024 ou 2025 ; la réglementation est celle en vigueur en novembre 2026.
- Les chiffres de sources différentes ne mesurent pas toujours la même chose (périmètre, régime, année). En cas d'écart, toutes les versions sont présentées et l'écart est expliqué. Les limites des données sont listées en dernière partie.
- Le « transport sanitaire » au sens strict désigne les ambulances et les VSL (véhicules sanitaires légers). Le « transport de patients » inclut aussi les taxis conventionnés, c'est-à-dire liés par une convention avec l'Assurance Maladie.

LIVRE BLANC · ÉDITION 2026

Sommaire

En chiffres 4

Synthèse 5

PARTIE 1 **France** 7

1.1 Fonctionnement du système 8
1.2 Chiffres clés 8
1.3 Qui utilise le transport de patients 10
1.4 L'offre : véhicules, entreprises, emploi 12
1.5 Régulation de l'offre 13
1.6 Réformes et mesures budgétaires 2025-2027 14
1.7 Efficacité : trajets à vide et transport partagé 15
1.8 Qualité de la facturation et fraude 16
1.9 Plateformes de commande et acteurs numériques 17
1.10 Climat social chez les taxis conventionnés 18

PARTIE 2 **Fiches pays européennes** 19

2.1 Allemagne 20
2.2 Angleterre (Royaume-Uni) 22
2.3 Pays-Bas 23
2.4 Belgique 24
2.5 Espagne 25
2.6 Italie 25
2.7 Pays nordiques 26
2.8 Tableau comparatif 26

PARTIE 3 **Cadre juridique européen** 28

PARTIE 4 **Plateformes et risque d'« ubérisation »** 30

4.1 Le modèle Uber Health 31
4.2 Voies d'entrée observées en Europe 31
4.3 France : protections et brèches 31

PARTIE 5 **Perspectives et calendrier** 33

PARTIE 6 **Enseignements pour une plateforme de réservation indépendante** 35

Limites des données 37

Sources 38

SIX REPÈRES POUR COMPRENDRE LE TRANSPORT DE PATIENTS EN FRANCE

En chiffres

6,867 Md€

de consommation de transports de malades en 2025, soit 1,9 % de la dépense courante de santé[1]

50 %

de la dépense de trajets va aux taxis conventionnés, 12 points de plus qu'en 2015[1]

39 112

taxis conventionnés sur un parc de 68 297 véhicules de transport de patients[2]

14,0 M

de personnes en affection de longue durée, qui pèsent 90 % de la dépense[3,2]

45 %

des transports sont réalisés à vide, alors que 15 % des patients ne trouvent pas de transport[4]

0,5 %

de marge nette projetée en 2026 pour le secteur du transport sanitaire, contre 6,6 % en 2023[5]

DOUZE CONSTATS

Synthèse

01 La France a l'un des systèmes les plus généreux et les plus coûteux d'Europe.

La consommation de transports de malades atteint 6,867 Md€ en 2025, soit 1,9 % de la dépense courante de santé, financée à 93,1 % par la Sécurité sociale[1]. Selon la Cour des comptes, la France fait partie des pays européens où ces dépenses pèsent le plus au regard du PIB et sont le plus financées par la puissance publique[2].

02 La croissance est stoppée pour l'instant.

Après une hausse moyenne de 4,4 % par an sur 2015-2024, la dépense recule de 0,1 % en 2025, première baisse depuis le Covid : −0,8 % en volume, +0,7 % en prix[1]. Trois causes : le protocole de septembre 2025 avec les ambulanciers, la nouvelle convention taxis du 1er novembre 2025 et le transport partagé[6].

03 Le taxi est désormais le premier mode de transport de patients.

Les taxis conventionnés représentent 50 % de la dépense de transport, soit 12 points de plus qu'en 2015, tandis que les ambulances reculent à 32 %[1]. Ils comptent pour 39 112 des 68 297 véhicules du parc[2].

04 La demande est très concentrée et va continuer à croître.

Les patients en affection de longue durée (ALD) représentent 90 % de la dépense, et 10 % des patients en concentrent plus de 60 %[2]. La France compte 14,0 millions de personnes en ALD en 2024[3]. Selon l'INSEE, les 65 ans ou plus passeraient de 15,3 millions en 2026 à 21,1 millions en 2070[7].

05 Le système est inefficace malgré son coût.

D'après la startup d'État, 45 % des transports sont réalisés à vide, 15 % des patients ne trouvent pas de transport, 90 % des prescriptions sont encore sur papier et 90 % des commandes passent hors des plateformes hospitalières[4].

06 Les entreprises sont sous tension financière.

La marge nette d'un panel d'entreprises de transport sanitaire passe de 6,6 % du chiffre d'affaires en 2023 à 3,9 % en 2025, avec une projection sectorielle de 0,5 % en 2026[5]. Des entreprises de taxi déclarent des pertes de chiffre d'affaires de 20 % à 38 % depuis la tarification de novembre 2025[8].

07 L'État s'oriente vers une commande centralisée.

La CNAM a proposé une plateforme nationale de mise en relation d'ici 2027, qu'elle gérerait elle-même[9]. Une startup d'État est « en construction » depuis le 28 mai 2026 pour bâtir un simulateur d'éligibilité, une e-prescription et une commande plus centralisée[4].

08 Le libre choix du patient est sous pression.

Depuis le 2 mars 2025, refuser le transport partagé fait perdre le tiers payant[10]. La Cour des comptes recommande de supprimer le libre choix du transporteur quand le transport est organisé par l'établissement[2].

09 La barrière légale contre les VTC existe en France, mais elle est contestée.

Seuls les taxis conventionnés, les VSL et les ambulances sont remboursés. En novembre 2026, un amendement sénatorial a proposé la prise en charge du transport assis par des VTC sans convention à partir du 1er juillet 2027. Il a été déclaré irrecevable, comme l'amendement n° 3 rect. qui portait la même mesure[11], mais l'idée figure désormais dans un texte parlementaire.

10 Ailleurs, Uber entre par les institutions, pas par les patients.

Uber Health opère en Allemagne (depuis le 5 juin 2025), en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, mais pas en France, en Belgique ni en Espagne[12]. En Angleterre, Uber est fournisseur exclusif d'un accord-cadre d'achat du NHS[13], et des établissements NHS lui attribuent des marchés par commande directe[14].

11 L'Allemagne est la comparaison la plus proche et subit une forte pression budgétaire.

Les caisses d'assurance maladie (GKV) ont dépensé 10,39 Md€ en transports en 2025, dont 2,15 Md€ pour les taxis et VTC (Mietwagen)[15,16]. Une loi de 2026 plafonne les hausses de prix pour 2027-2029[17].

12 La plupart des autres pays européens couvrent beaucoup moins de patients.

Les Pays-Bas couvrent surtout la dialyse, le cancer, les personnes en fauteuil roulant et les malvoyants[18]. L'assurance obligatoire belge ne couvre le transport non urgent que pour le cancer et la dialyse[2]. Les pays nordiques reposent sur des appels d'offres régionaux et une régulation centrale[19,20].



01

PARTIE 1

France

> *45 % des transports sont réalisés à vide, sans patient à bord, alors que seuls 20 % des transports sont partagés.*

DANS CETTE PARTIE

1.1 Fonctionnement du système
1.2 Chiffres clés
1.3 Qui utilise le transport de patients
1.4 L'offre : véhicules, entreprises, emploi
1.5 Régulation de l'offre
1.6 Réformes et mesures budgétaires 2025-2027
1.7 Efficacité : trajets à vide et transport partagé
1.8 Qualité de la facturation et fraude
1.9 Plateformes de commande et acteurs numériques
1.10 Climat social chez les taxis conventionnés

1.1

Fonctionnement du système

PRESCRIPTION ET ÉLIGIBILITÉ

- Le transport non urgent est remboursé sur prescription médicale, parfois après accord préalable. Les situations couvertes incluent notamment les trajets liés à une hospitalisation, quelle qu'en soit la durée[21].
- Le prescripteur choisit parmi trois modes professionnels selon le besoin médical : l'ambulance (patient allongé ou sous surveillance), le VSL ou le taxi conventionné (transport assis). Les transports en commun et le véhicule personnel restent marginaux[1].

REMBOURSEMENT ET PARTICIPATION DU PATIENT

- Le taux légal de remboursement est passé de 65 % à 55 % en mai 2023. Grâce aux exonérations (ALD, hospitalisation), l'effet sur la dépense de la Sécurité sociale est limité à environ −1 % en 2024[1].
- Depuis mars 2024, la franchise médicale est de 4 € par trajet, contre 2 € auparavant, dans la limite de 8 € par jour. Son plafond annuel, resté à 50 € jusqu'au 30 septembre 2026, est porté à 70 € depuis le 1er octobre 2026[22]. Elle a rapporté 38 M€ en 2025[1].
- Les transports en ambulance demandés par le SAMU sont pris en charge à 100 % depuis 2023[1].

TRANSPORT PARTAGÉ

- Depuis le 1er mars 2025, le transport partagé est la norme pour le transport assis professionnel lorsque l'état du patient le permet[23].
- Le patient qui refuse perd le tiers payant et doit avancer les frais, en application du décret 2025-202 du 28 février 2025[10,24].
- La LFSS 2024 prévoyait aussi une baisse du taux de remboursement en cas de refus. À la date du rapport de la Cour des comptes, seule la perte du tiers payant était appliquée[2].

DURCISSEMENTS RÉCENTS

- Depuis le 1er octobre 2026, en application du décret 2026-812 du 21 août 2026, une ALD « non exonérante » ne suffit plus à elle seule pour ouvrir droit à la prise en charge. Il faut un autre critère, par exemple une hospitalisation, un état nécessitant une ambulance, un trajet de plus de 150 km ou une série de transports[25].
- À partir du 1er janvier 2027, la participation de l'assuré sur les transports augmente. Le gouvernement en attend 35 M€ d'économies[26].

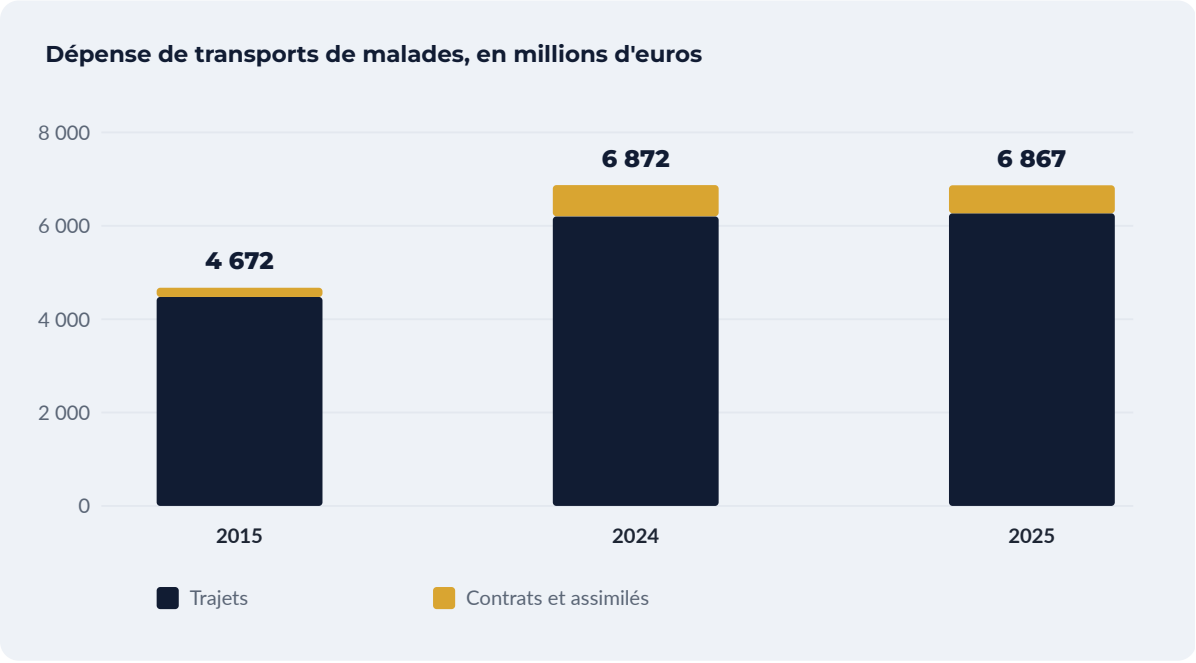
1.2

Chiffres clés

Les trois sources principales ne mesurent pas le même périmètre, d'où des totaux différents.

INDICATEUR	VALEUR	SOURCE
Consommation de transports de malades (tous financeurs, soins de ville)	6,867 Md€ en 2025 (−0,1 %)	DREES[1]
Part de la dépense courante de santé (DCSi)	1,9 %	DREES[1]
Transports non urgents à la charge de l'assurance maladie	6,15 Md€ en 2024 (5,80 Md€ ville + 0,35 Md€ établissements)	Cour des comptes[2]
Total CNAM, urgences préhospitalières comprises	6,45 Md€ en 2024 (dont 0,65 Md€ d'urgence)	Cour des comptes[2]
Remboursements de transports (suivi de l'ONDAM)	6,3 Md€ en 2025 (+0,6 %, après +3,8 % en 2024)	Cour des comptes, ONDAM[6]
Patients transportés	6,52 millions en 2024	Cour des comptes[2]
Trajets	89 millions (régime général) / 65 millions (estimation beta.gouv)	Cour des comptes[2] ; beta.gouv.fr[4]
Part des assurés ayant recours au transport	9 % (2023)	Cour des comptes[2]
Croissance 2019-2024 (ville)	+31 %, contre +17 % pour l'ONDAM	Cour des comptes[2]
Rémunération de la garde ambulancière et des transports urgents préhospitaliers (TUPH)	572 M€ en 2025	DREES[1]
Évolution tendancielle prévue pour 2027	+1,1 %	PLFSS 2027[26]

ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE (CONSOMMATION DREES, EN MILLIONS D'EUROS)

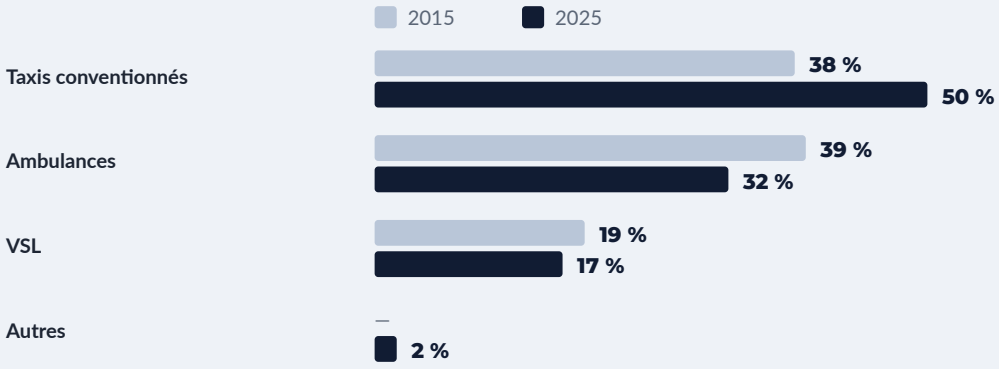


Source : DREES, CNS 2026[1].

Évolution annuelle en valeur : +17,7 % en 2021, +7,6 % en 2022, +10,4 % en 2023, +2,4 % en 2024 et −0,1 % en 2025[1].

RÉPARTITION DE LA DÉPENSE DE TRAJETS PAR MODE

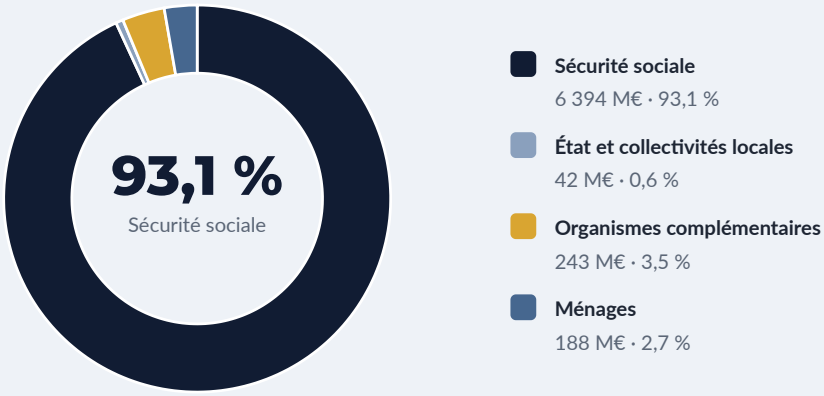
Répartition de la dépense de trajets par mode



Source : DREES[1]. Le chiffre taxis de 2015 est déduit de la hausse de 12 points indiquée par la DREES. La Cour des comptes donne une répartition proche pour la dépense de ville 2024 : taxis 51 %, ambulances 30 %, VSL 17 %, autres 3 %[2].

FINANCEMENT (2025)

Qui finance le transport de patients en 2025



Source : DREES[1].

1.3

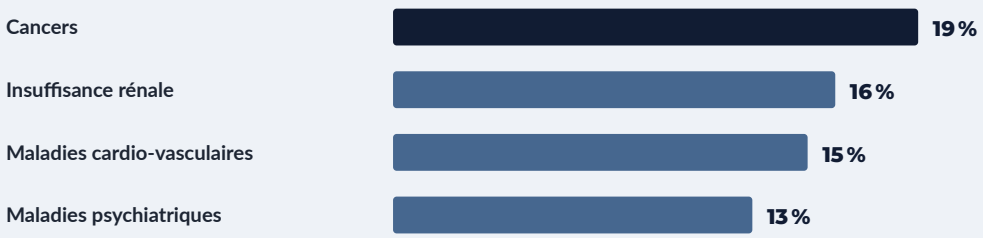
Qui utilise le transport de patients

UNE DEMANDE CONCENTRÉE SUR PEU DE PATIENTS ET DE PATHOLOGIES

- Les patients en ALD, pris en charge à 100 % quand les conditions sont remplies, représentent 90 % de la dépense de transport, contre 67 % de l'ensemble des dépenses de santé[2].
- En 2023, 10 % des patients transportés concentrent plus de 60 % de la dépense, et 1 % en concentre plus de 20 %[2].

- Quatre pathologies à traitements répétés représentent les deux tiers de la dépense : cancers 19 %, insuffisance rénale 16 %, maladies cardio-vasculaires 15 % et maladies psychiatriques 13 %[2].
- Plus de la moitié de la dépense remboursée concerne des personnes de plus de 65 ans[2].
- Les établissements de santé prescrivent 3,7 des 5,8 Md€ imputés à l'enveloppe de ville, sans en supporter le coût[2].

Part de la dépense de transport par pathologie



FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES

FACTEUR	DERNIER CHIFFRE	SOURCE
Personnes en ALD	14,0 millions en 2024 (20 % de la population), +2,3 % sur un an, 1,4 million de nouvelles admissions	Sécurité sociale, REPSS[3]
Patients dialysés	53 359 au 31/12/2024	Rapport REIN 2024[27]
Population de 65 ans ou plus	15,3 millions en 2026 (22 %), 21,1 millions projetés en 2070 (32 %)	INSEE[7]

DIFFICULTÉS D'ACCÈS

- La startup d'État estime que 15 % des patients ne trouvent pas de transport[4].
- L'offre de véhicules adaptés aux personnes à mobilité réduite et aux patients bariatriques est insuffisante[2].
- Le transport bariatrique est remboursé au tarif ambulance standard. Un amendement sénatorial de 2026 indique un reste à charge qui peut dépasser 700 € par aller-retour[28].

1.4

L'offre : véhicules, entreprises, emploi

PARC DE VÉHICULES (2024)

Parc de véhicules en 2024



TYPE DE VÉHICULE	NOMBRE	PART	ÉVOLUTION 2015-2024
Taxis conventionnés	39 112	57 %	+11 %
Ambulances	14 932	22 %	+8 %
VSL	14 253	21 %	+3 %
Total	**68 297**	100 %	—

Source : Cour des comptes[2].

TAXIS CONVENTIONNÉS

- 81 % sont indépendants et 19 % appartiennent à des entreprises « bicéphales », qui exploitent à la fois ambulances et taxis[2].
- Ils représentaient 64 % des 62 800 taxis de France en 2023[2].
- À titre de comparaison, la France comptait près de 63 000 taxis et plus de 71 000 chauffeurs actifs sur les plateformes VTC en 2024[29].
- L'offre est éclatée entre environ 5 000 entreprises de transport sanitaire et 27 000 entreprises de taxis conventionnés[4].

ENTREPRISES D'AMBULANCES ET DE VSL

INDICATEUR	CHIFFRE	SOURCE
Entreprises recensées (NAF 86.90A, connues de la CNAM)	5 106	Observatoire du Transport Sanitaire 2026[5]
Chiffre d'affaires estimé du secteur (y compris activité taxi des entreprises mixtes)	4,2 Md€	Observatoire 2026[5]
Répartition du CA d'un panel de 113 entreprises, 2025	Ambulance 59,2 %, VSL 23,1 %, taxi 11,7 %	Observatoire 2026[5]
Marge nette d'un panel de 167 entreprises	6,6 % (2023), 4,8 % (2024), 3,9 % (2025)	Observatoire 2026[5]
Marge nette sectorielle projetée, 2026	0,5 % (18 M€ sur 3,59 Md€)	Observatoire 2026[5]
Entreprises en résultat net négatif	De 6 % (2023) à 16 % (2025)	Observatoire 2026[5]

INDICATEUR	CHIFFRE	SOURCE
Carburant	5,0 % du CA en 2025, 6,5 % projeté en 2026 (+30 %)	Observatoire 2026[5]
Charges de personnel	69,3 % du CA (projection 2025)	Observatoire 2026[5]

L'Observatoire est une étude privée de M3 Conseil avec RYDGE Conseil, publiée par le magazine professionnel Turbulances. Il faut le lire comme un panel sectoriel et non comme une statistique officielle[5].

EMPLOI

INDICATEUR	CHIFFRE	SOURCE
Salariés du secteur	67 178 fin 2024 (+2,2 %)	OPTL 2025[30]
Conducteurs	58 580 (87 % des salariés)	OPTL 2025[30]
Femmes	38 % du secteur ; près de 21 000 conductrices	OPTL 2025[30]
Établissements employeurs	4 794 en 2024 (5 085 en 2014)	OPTL 2025[30]
Établissements déclarant des difficultés de recrutement	50 % en 2025 (36 % en 2024)	OPTL 2025[30]
Projets de recrutement	7 033 en 2025	OPTL 2025[30]
Pénurie estimée d'ambulanciers	15 000	France Travail[31]

LA CONCENTRATION EST EN MARCHE

- Keolis Santé, filiale du groupe de transport Keolis, s'est associée au groupe Nohain le 6 octobre 2026. L'opération apporte quatre sociétés réalisant environ 10 M€ de chiffre d'affaires et 80 véhicules (19 ambulances, 38 VSL, 23 taxis), soit environ 10 % d'activité en plus pour Keolis Santé[32].
- Les rachats locaux se poursuivent, comme celui d'une société de taxis et d'ambulances par une entreprise d'ambulances de Pontivy[33].
- La Cour des comptes décrit un secteur atomisé où émergent des acteurs nationaux[2].

1.5
Régulation de l'offre

AMBULANCES ET VSL

- Depuis 1995, le nombre d'ambulances et de VSL est plafonné par des quotas départementaux. Les agences régionales de santé (ARS) les fixent à partir d'un indice de population, avec une marge de 10 %[2].
- Le nombre réel d'autorisations atteint ou dépasse le quota dans 80 % des départements[2].

TAXIS CONVENTIONNÉS

- Ils n'étaient pas contingentés avant le 1er novembre 2025. Tout taxi justifiant de trois ans d'activité pouvait obtenir une convention de cinq ans[2].
- Des entreprises d'ambulances ont racheté des licences de taxi pour contourner le quota de VSL[2].
- Avec la convention de 2025, les caisses primaires (CPAM) peuvent refuser de nouveaux conventionnements selon la densité de l'offre locale. Pour garder sa convention, un taxi doit réaliser plus de 50 % de ses transports de patients dans sa zone d'activité, vérifié chaque année[2].
- Des députés signalent que cette règle des 50 % s'applique pleinement à partir du 1er novembre 2026 et menace l'offre rurale[34].

TARIFICATION DES TAXIS DEPUIS LE 1ER NOVEMBRE 2025

- Un forfait de prise en charge de 13 €, ou 28 € dans les 13 plus grandes agglomérations, qui inclut les 4 premiers kilomètres[2,35].
- Un tarif kilométrique de 1,07 € à 1,27 € selon le département[2].
- Le temps d'attente n'est plus facturé. Les retours à vide sont rémunérés par une majoration de 25 % jusqu'à 50 km et de 50 % au-delà[2].
- Des abattements par patient en cas de transport partagé, fixés par le texte officiel de la convention[36].
- Un supplément de 30 € par trajet pour les taxis équipés pour les personnes en fauteuil roulant (TPMR)[37].

Économies attendues : la CNAM table sur 41 M€ dès 2026 et 124 M€ en 2027, en deçà des 150 M€ visés pour les taxis au sein des 300 M€ fixés par la LFSS 2025[2].

1.6

Réformes et mesures budgétaires 2025-2027

LFSS 2025 (art. 41)	Objectif de 300 M€ d'économies sur les transports JORF, protocole[9]
2 mars 2025	Refus du transport partagé = perte du tiers payant ameli[10]
30 sept. 2025	Protocole ambulances/VSL : 150 M€ d'économies sur 2025-2027 ; plus de 30 % de transport partagé fin 2027 ; plateformes dans les 32 CHU fin 2026 JORF, protocole[9]
1er nov. 2025	Convention-cadre taxis et nouvelle tarification ameli[35]
11 mai / 25 juin 2026	Loi anti-fraude : géolocalisation certifiée et facturation électronique intégrée obligatoires pour ambulanciers et taxis Cour des comptes[2] ; analyse juridique[38]
1er oct. 2026	L'ALD non exonérante ne suffit plus pour la prise en charge Assemblée nationale[25]

1er nov. 2026	Application pleine de la règle des 50 % en zone d'activité pour les taxis Assemblée nationale[34]
1er janv. 2027	Hausse de la participation de l'assuré sur les transports (35 M€) PLFSS 2027[26]
2027	Facturation SEFi et géolocalisation obligatoires pour les taxis, sous peine de perte de la convention Cour des comptes[2]
1er juil. 2027	Tarif majoré ambulances/VSL réservé aux flux de facturation certifiés de niveau 3 à 5 Cour des comptes[2]
PLFSS 2027	200 M€ liés aux mesures antérieures sur les transports, plus 20 M€ nouveaux grâce au transport partagé, dans un ONDAM de 278,7 Md€ (+2,0 %) PLFSS 2027[26]

LE PROTOCOLE EN DÉTAIL

- Sur les 150 M€, 70 M€ proviennent d'abord d'une baisse de tarif pour les véhicules sans géolocalisation certifiée. Cette part doit ensuite être remplacée par les gains de la lutte contre la fraude[9].
- Chaque point de transport partagé vaut 2,5 M€ d'économies[9].
- Si les objectifs ne sont pas atteints, les tarifs baissent automatiquement[9].

Recommandations 16 à 20 de la Cour des comptes, à mettre en œuvre d'ici 2027[2] :

- réformer les règles de prise en charge ;
- unifier quotas et conventionnement ;
- transférer aux établissements le coût des transports de sortie et des séances répétées ;
- définir une stratégie nationale des plateformes de commande ;
- supprimer le libre choix du transporteur par le patient quand l'établissement organise le transport.

La proposition de la CNAM de transférer aux établissements le budget du transport des dialysés n'était toujours pas mise en œuvre mi-2026[39].

1.7

Efficacité : trajets à vide et transport partagé

TRAJETS À VIDE

- 45 % des transports sont réalisés à vide, sans patient à bord, alors que seuls 20 % des transports sont partagés[4].

TAUX DE TRANSPORT PARTAGÉ

- En VSL, il passe de 13,3 % en 2015 à 21,7 % en 2024[2], puis à 27 % au premier trimestre 2026[39].
- En taxi, il n'est pas mesuré de façon fiable ; il est estimé à environ 5 %[2].

- La trajectoire de dépense suppose 36 % en VSL et 25 % en taxi en 2027[2].

Freins au partage[2] :

- les principaux logiciels de commande ne savent pas créer de commandes groupées ;
- les règles limitent le détour à 10 km et l'attente à 45 minutes ;
- le libre choix du transporteur par le patient gêne quand l'établissement organise le transport.

Ce qui fonctionne : à Strasbourg, un dispositif pour les dialysés atteint 42 % de transport partagé grâce à des binômes et trinômes de patients[2]. Pour les zones rurales, le protocole prévoit des « jonctions » : plusieurs véhicules se retrouvent en un point et un seul poursuit avec tous les patients[9].

1.8

Qualité de la facturation et fraude

INDICATEUR	CHIFFRE	SOURCE
Anomalies de facturation estimées (kilomètres, véhicule utilisé)	640 M€ en 2024	Cour des comptes[2]
Flux de facturation non conformes à SEFi (ambulances/VSL)	30 % en 2024	Cour des comptes[2]
Fraude détectée chez les transporteurs	42 M€ en 2024	Cour des comptes[2]
Fraude détectée 2025 : taxis / ambulances et VSL	31,4 M€ (22,2 M€ en 2024) / 30,3 M€ (19,2 M€)	FNAP, d'après les données CNAM[40]
Total des fraudes détectées et stoppées par l'assurance maladie	723 M€ en 2025	CNAM, Charges et produits 2027[39]

LES TYPES DE FRAUDE RELEVÉS COMPRENNENT

- des kilomètres gonflés et des trajets fictifs[41] ;
- de fausses heures de prise en charge de nuit, majorées de 75 %[41] ;
- du personnel non qualifié ou non déclaré[41] ;
- la sous-traitance de courses à des chauffeurs VTC peu payés, ensuite facturées à la Sécurité sociale[41].

Ce dernier point montre que la main-d'œuvre des plateformes VTC est déjà présente aux marges du système, hors du cadre légal.

1.9

Plateformes de commande et acteurs numériques

PLATEFORMES HOSPITALIÈRES

- En 2025, 6 des 32 CHU n'avaient pas de plateforme de commande. Parmi 110 établissements accompagnés par l'ANAP (agence nationale qui aide les établissements à améliorer leur performance), 48 % n'en avaient aucune. Un quart utilisait des plateformes gérées par des transporteurs, avec un risque de dépendance envers des acteurs dominants[2].
- Le protocole vise des plateformes opérationnelles dans les 32 CHU fin 2026, avec une gouvernance associant fédérations de transporteurs, fédérations hospitalières, ARS et caisses d'assurance maladie[9].
- L'Assurance Maladie exige que les plateformes des établissements garantissent un tour de rôle équitable entre transporteurs[42].
- Une note ministérielle de déploiement distingue les plateformes de commande des plateformes de régulation[43].

PROJET DE PLATEFORME NATIONALE

- Dans ses propositions pour 2026, la CNAM a suggéré d'étudier une plateforme nationale d'ici 2027, gérée par elle et ouverte à tous les transporteurs et à tous les patients. Elle traiterait les prescriptions de ville et servirait de solution de repli là où les établissements n'ont pas de plateforme conforme[9].
- Selon la Cour des comptes, ce projet soulève des questions de mission de service public, de droit de la concurrence et d'autonomie des établissements[2].
- En parallèle, la startup d'État « Transports sanitaires », lancée à la Délégation au numérique en santé et portée désormais par la CNAM avec la Direction de la Sécurité sociale, construit un simulateur d'éligibilité et une e-prescription. Elle étudie aussi une centralisation des commandes[4].

PRINCIPAUX ACTEURS PRIVÉS

ACTEUR	TYPE	ÉLÉMENTS CLÉS	SOURCE
Sanilea (SpeedCall)	Plateforme de commande hospitalière	1 100 établissements, 5 500 entreprises de transport, 86 000 utilisateurs, 3 millions de demandes traitées, 20 GHT	Sanilea[44]
Transdev (Carius, Optimos)	Groupe de transport, outils de commande et de régulation	Offre logicielle pour le transport sanitaire	Transdev[45]
Paramedic, Sirus	Logiciels de transport hospitalier via la centrale d'achat publique UGAP	Référencés au catalogue UGAP	UGAP[46]
PTAH des HUS	Plateforme gérée par l'hôpital (Strasbourg)	Plateforme interne d'un CHU	CHRU Strasbourg[47]

ACTEUR	TYPE	ÉLÉMENTS CLÉS	SOURCE
Aléhop	Application patient de réservation de taxis conventionnés	Lancée en juillet 2025 ; gratuite ; chauffeur habituel ou autre ; TPMR ; trajets récurrents	App Store[48]
TaxiConventionné.fr	Site de réservation et de mise en relation	Opérateur, commission et volumes non indiqués	taxi-securite-sociale.fr[49]
IGO Taxi Pro	Application d'une co-opérative de taxis	Application professionnelle pour chauffeurs	App Store[50]

STATUT JURIDIQUE DES INTERMÉDIAIRES DE RÉSERVATION

- Selon le Code des transports, une « centrale de réservation » met en relation des conducteurs professionnels (taxis, VTC) et des passagers. Elle doit déclarer son activité en ligne, justifier d'une assurance de responsabilité civile professionnelle et renouveler sa déclaration chaque année[51].
- La même page du ministère exclut de ce régime les services conventionnés avec les organismes d'assurance maladie[51]. Un intermédiaire de taxis conventionnés a donc intérêt à obtenir un avis juridique sur son obligation de déclaration.

1.10

Climat social chez les taxis conventionnés

- Depuis le 1er novembre 2025, des entreprises déclarent des pertes de chiffre d'affaires de 20 % à 38 %, des redressements judiciaires, des licenciements et des refus de courses courtes[8].
- Des taxis interrogés par TF1 décrivent une baisse moyenne d'environ 40 % du tarif kilométrique et disent quitter le transport de patients[52].
- Le Monde relevait en février 2026 que taxis et ambulanciers étaient fragilisés par les nouvelles règles[53].
- Le gazole professionnel dépasse 2,20 € le litre depuis début 2026, en lien avec le conflit au Moyen-Orient[54].
- La fédération de taxis FNAT estime qu'environ 40 000 emplois sont menacés[54].
- Le 5 novembre 2026, un sénateur a interrogé le gouvernement sur le soutien aux taxis ruraux, en citant le coût du carburant et le transport partagé. Aucune réponse n'est encore publiée[55].
- Les cas types de la CNAM montrent au contraire des taxis gagnants sur de nombreux trajets[2]. Le premier bilan des effets sur l'offre locale était attendu au printemps 2026[2], mais aucun bilan publié n'a été trouvé.



02

PARTIE 2

Fiches pays européennes

> *Le schéma est constant : de petits marchés attribués directement via un accord-cadre à fournisseur unique, qui commencent par un essai et peuvent être prolongés sur cinq ans.*

DANS CETTE PARTIE

2.1 Allemagne
2.2 Angleterre (Royaume-Uni)
2.3 Pays-Bas
2.4 Belgique
2.5 Espagne
2.6 Italie
2.7 Pays nordiques
2.8 Tableau comparatif

2.1

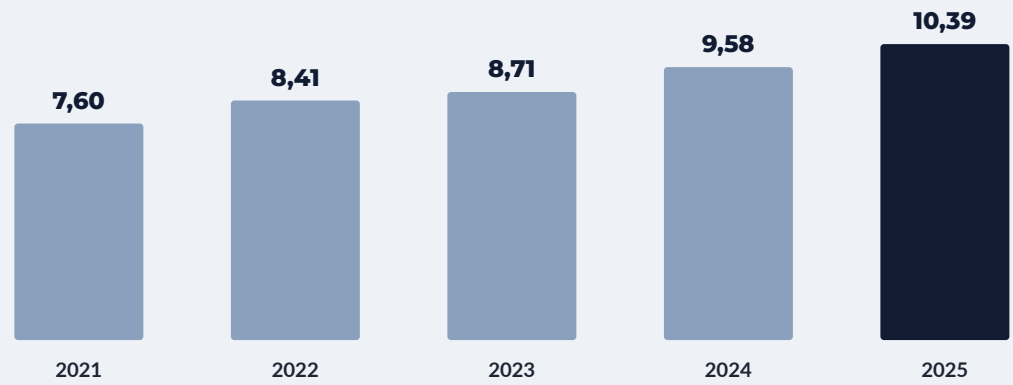
Allemagne

FONCTIONNEMENT

- Les caisses légales d'assurance maladie (GKV) ne paient le transport que s'il est médicalement nécessaire et lié à une prestation prise en charge[56].
- L'Allemagne distingue trois catégories[57] :
  - la « Krankenfahrt », trajet assis en taxi ou en Mietwagen (VTC) ;
  - le « Krankentransport », en ambulance de transport de patients (KTW) ;
  - la « Rettungsfahrt », intervention d'urgence.
- Les trajets ambulatoires ne sont couverts qu'à titre exceptionnel[57] :
  - personnes avec les mentions de handicap aG, Bl ou H, ou un niveau de dépendance 3 (avec mobilité durablement réduite), 4 ou 5 ;
  - patients sous traitement long et fréquent comme la dialyse, la radiothérapie ou la chimiothérapie, avec accord préalable.
- La participation du patient est de 10 % du coût, entre 5 € et 10 € par trajet. Ces bornes passent à 7,50 € et 15 € à partir de 2027[17].
- Les prix des courses de taxi sont fixés par contrats entre caisses et associations régionales de taxis, selon le § 133 SGB V[58].

DÉPENSES DE TRANSPORT DES GKV (« FAHRKOSTEN »)

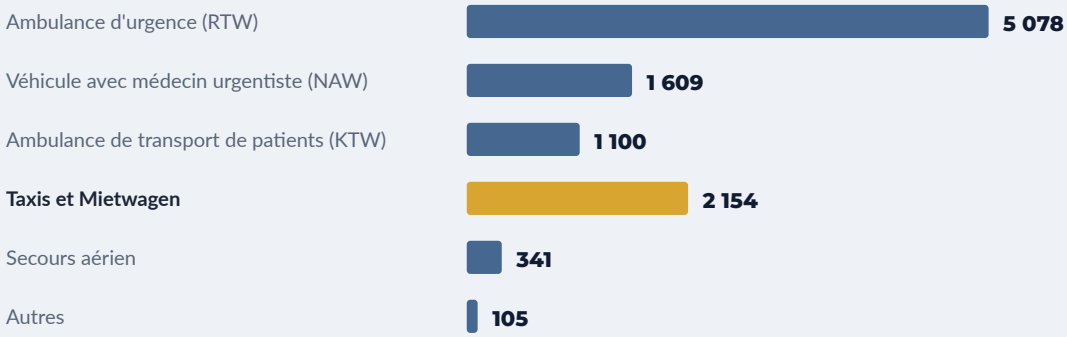
Dépenses de transport des caisses allemandes (GKV), en milliards d'euros



Source : GKV-Spitzenverband[15]. Les transports représentent 3,09 % des dépenses de prestations GKV (336,41 Md€) en 2025. Ils progressent de 8,08 % au premier semestre 2026[15].

DÉTAIL 2025, TOUTES CAISSES

Dépenses de transport des GKV en 2025, par poste, en millions d'euros



Source : BMG, KJ1 2025[16].

OFFRE

- Le secteur taxi et Mietwagen compte environ 100 000 véhicules, 250 000 chauffeurs et 32 000 entreprises[59].
- Il réalise environ 50 millions de trajets de patients par an[59].

PRESSION BUDGÉTAIRE EN 2026

- La loi de stabilisation des cotisations GKV a été adoptée le 10 juillet 2026 et publiée le 29 juillet 2026. Elle limite les hausses de prix à l'évolution des coûts ou au taux de croissance de la masse salariale, selon le plus bas, moins un point supplémentaire pour 2027-2029[17].
- Le ministère de la Santé estime le besoin de financement des GKV à environ 19 Md€ en 2027[17].
- Les associations de taxis alertent sur un possible retrait des entreprises du transport de patients[60].
- En Mecklembourg-Poméranie-Occidentale, la plupart des entreprises de taxi et de Mietwagen ont annoncé l'arrêt des trajets de patients pour plusieurs caisses à partir du 1er avril 2026, après l'expiration d'un contrat-cadre sans accord sur la rémunération[61].

RÉFORME DES URGENCES

- Le Bundestag a adopté la réforme des soins d'urgence le 15 octobre 2026[62].
- Le secours d'urgence devient une prestation médicale des GKV et non plus un simple coût de transport[63].
- La réforme relie les centrales du 112 (urgences) et du 116117 (permanence des soins)[63].

PLATEFORMES

- Uber Health a été lancé en Allemagne le 5 juin 2025 pour les établissements de santé, les caisses et d'autres prestataires de transport[64] :
  - les coordinateurs réservent via un tableau de bord ou une API ;
  - les passagers n'ont besoin ni de l'application ni d'un smartphone ;
  - les trajets peuvent être réservés jusqu'à 90 jours à l'avance.

- La fédération de taxis BVTM a répondu qu'Uber Health ne gère ni la prescription de transport (Muster 4) ni la participation du patient, et ne remplit pas les exigences du transport de patients conventionné[58]. Le BVTM promeut son propre système de commande et de facturation, TaBeA[58].
- Des plateformes plus anciennes montrent une longue histoire de la commande numérique[61] :
  - De-Touro, où les caisses publient les trajets et les taxis enchérissent ;
  - DMRZ, avec mise en relation gratuite et 0,5 % de frais de facturation ;
  - taxi.de, avec réservation automatique pour les établissements.
  - Les associations ont reproché aux modèles d'enchères de tirer les prix vers le bas[61].
- Freenow, désormais propriété de Lyft, est une application de commande de taxis présente dans 143 villes et régions allemandes[65].

2.2

Angleterre (Royaume-Uni)

FONCTIONNEMENT

- Le transport non urgent financé par le NHS (NEPTS) est réservé aux patients ayant un besoin médical, une déficience cognitive ou sensorielle, un besoin de mobilité important ou un enjeu de protection, selon des critères nationaux du 31 mai 2022[66].
- Le principe est que la plupart des personnes se déplacent de façon autonome, en véhicule personnel ou en transport public, avec l'aide de proches si besoin[66].
- Les patients en hémodialyse en centre doivent se voir proposer un transport spécialisé ou non, ou un remboursement[66].
- Les patients à faibles revenus peuvent se faire rembourser leurs frais de déplacement via le Healthcare Travel Costs Scheme[67].

CHIFFRES CLÉS (DERNIÈRE REVUE NATIONALE)

INDICATEUR	CHIFFRE
Trajets par an	11 à 12 millions
Dépense annuelle du NHS	environ 460 millions de livres (un peu moins de 0,4 % des dépenses de NHS England)
Coût moyen par trajet	environ 38 livres
Part de la dialyse dans les trajets	environ 37 %
Patients de plus de 65 ans	environ trois quarts
Prestataires d'ambulances enregistrés auprès de la CQC	296
Répartition supposée du marché	45 % prestataires NHS, 55 % indépendants

Source : NHS England, revue du NEPTS[68]. Cette revue date de 2021 ; aucun total national plus récent n'a été trouvé.

LA REVUE RECOMMANDAIT AUSSI

- un point unique de coordination et de réservation par système de soins intégré (ICS)[68] ;
- des véhicules NEPTS zéro émission d'ici 2035[68].

UBER HEALTH DANS LE NHS

- Uber Health peut être acheté via l'accord-cadre Digital Ride Booking Platform (DRBP), créé par Efficiency East Midlands, dont Uber est le fournisseur exclusif[13]. La référence de l'accord-cadre est EEM0079[14].
- Les établissements peuvent y passer commande directement, sans organiser leur propre appel d'offres.

MARCHÉS NHS RÉCENTS ATTRIBUÉS À UBER

ACHETEUR	OBJET	MONTANT	DURÉE	SOURCE
Princess Alexandra Hospital NHS Trust	Taxis pour personnel et patients	150 k£ attribués (200 k£ estimés)	Oct. 2025 – sept. 2030	Contracts Finder[69]
Hertfordshire Partnership University NHS FT	Transport non urgent de patients	90 k£ attribués, jusqu'à 1,03 M£	Essai de 6 mois dès le 1er mai 2026, prolongeable jusqu'en mai 2031	Contracts Finder[14]
Cambridgeshire & Peterborough NHS FT	Transport non urgent de patients ou de personnel	200 k£ HT	Déc. 2026 – sept. 2028, jusqu'en 2031	Sell2Wales[70]
London North West University Healthcare NHS Trust	Service de taxi	480 k£	Attribué le 1er nov. 2026	Stotles[71]
Wirral University Teaching Hospital	Trajets en taxi validés (essai)	Non indiqué	Essai annoncé	WUTH[72]

Le schéma est constant : de petits marchés attribués directement via un accord-cadre à fournisseur unique, qui commencent par un essai et peuvent être prolongés sur cinq ans. Lyft construit aussi une base de taxis au Royaume-Uni : avec l'activité britannique de Gett et Freenow, il aura la majorité des chauffeurs de black cabs londoniens enregistrés sur sa plateforme[65].

2.3
Pays-Bas

FONCTIONNEMENT

- Le transport assis (« zittend ziekenvervoer ») en voiture, taxi ou transport public n'est couvert que pour :
  - les patients dialysés ;

- les patients sous chimiothérapie, radiothérapie ou immunothérapie ;
- les personnes en fauteuil roulant ;
- les malvoyants qui ne peuvent se déplacer seuls ;
- quelques autres groupes, plus une clause de rigueur pour les cas difficiles[18].

- La contribution annuelle du patient est de 134 € en 2026 (126 € en 2025), en plus de la franchise[18].
- Chez Zilveren Kruis, premier assureur, le patient doit obtenir une autorisation préalable puis réserver le taxi via la Zorgvervoercentrale Nederland, centrale de commande[73].
- L'usage de la voiture personnelle est remboursé 0,40 € par km, jusqu'à 200 km aller[73].

DÉPENSES (COÛTS ESTIMÉS AU TITRE DE LA LOI D'ASSURANCE MALADIE, M€)

POSTE	2021	2025*
Ambulance et hélicoptère	660,6	789,3
Transports publics, taxi et voiture personnelle	117,6	116,1
Total transport de patients	868,2	1 112,9

* Provisoire. Source : Zorgcijfersdatabank[74].

Le transport assis coûte environ 116 M€ par an pour près de 18 millions d'habitants. En France, la seule dépense de taxis atteint environ 3,1 Md€ (50 % de 6,27 Md€ de dépense de trajets)[1].

Uber Health est disponible aux Pays-Bas[75].

2.4
Belgique

- L'assurance obligatoire ne couvre le transport non urgent que pour les patients atteints de cancer ou dialysés. Ce périmètre représente environ un tiers de celui de la France[2].
- L'assurance obligatoire paie 0,37 € par km pour les trajets de dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et immunothérapie[76].
- Les mutualités ajoutent une couverture complémentaire. Chez Partenamut, les autres transports non urgents sont remboursés[76] :
  - 50 % de la facture avec un transporteur agréé, ou 75 % pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), dans la limite de 750 € par an ;
  - 30 % avec un transporteur non agréé.
- Les mutualités gèrent leurs propres services de réservation avec tiers payant, comme la Transportline de Partenamut[76].
- La page belge d'Uber Health indique que le service n'est pas encore disponible dans le pays[77].

2.5

Espagne

- Le transport sanitaire non urgent fait partie des prestations complémentaires du système national de santé. Les régions l'organisent par marchés publics, par exemple l'appel d'offres de la Communauté valencienne pour le transport terrestre urgent et non urgent, publié en août 2026[78].
- Une participation de 5 € par trajet, avec plafonds mensuels, était prévue par un projet d'arrêté en 2012-2013[79]. Les documents consultés ne montrent pas qu'elle ait été appliquée.

MARCHÉ (ÉTUDE DBK)

INDICATEUR	CHIFFRE
Taille du marché, 2024	1 935 M€ (+7,5 % ; +11,8 % en 2023)
Entreprises autorisées (févr. 2025)	209, dont 88 % prestataires de services publics
Part des 5 / 10 premiers acteurs (2023)	35,1 % / 49,2 %
Prévision 2025	près de +5 %, au-delà de 2 Md€

Source : DBK[80].

Falck, l'acteur danois, a remporté un nouveau contrat en Catalogne qui contribue à son chiffre d'affaires à partir de 2026[81].

2.6

Italie

- Une grande partie du transport sanitaire secondaire (non urgent) est confiée à des associations de bénévoles comme l'Anpas, la Croix-Rouge italienne et les Misericordie[82].
- Les autorités sanitaires locales publient des appels réservés au tiers secteur, comme la convention triennale de 2026 pour le transport secondaire non urgent en ambulance à Pordenone[83].
- Dans l'arrêt Spezzino (C-113/13, 11 décembre 2014), la Cour de justice de l'UE a admis l'attribution directe du transport sanitaire à des associations de bénévoles sous conditions[84] :
  - le dispositif doit réellement servir la solidarité et l'efficacité budgétaire ;
  - le recours à des salariés doit se limiter au strict nécessaire au fonctionnement.
- En octobre 2026, le tribunal administratif de Vénétie a saisi la Cour de justice pour savoir si le transport secondaire doit faire l'objet d'un appel d'offres. L'affaire porte sur une attribution directe de trois ans, d'environ 6,87 M€, à la Croce Verde di Adria[82].

2.7

Pays nordiques

NORVÈGE

- Les trajets de patients organisés ont coûté 2,12 Md NOK en 2025, soit 10,5 % de moins qu'en 2019 en termes réels[20].
- Ils représentent 3,12 millions de trajets et 4,13 millions de réquisitions, dont 94 % en taxi[20].
- 51 % des trajets organisés sont réservés par les patients eux-mêmes sur le portail national Helsenorge, avec un objectif de 70 à 80 %[20].

FINLANDE

- Kela, l'institution de sécurité sociale, a remboursé 227 M€ pour 3,8 millions de trajets en taxi d'environ 440 000 clients en 2025[19].
- Le patient paie au plus 25 € par trajet simple et plus rien au-delà de 300 € par an[19].
- La mise en concurrence a permis d'économiser environ 132 M€ sur 2018-2022, et le regroupement de trajets plus de 7 M€ en 2025[19].
- À partir du 1er janvier 2027, 9 prestataires desserviront 17 zones, avec deux prestataires par zone entre lesquels le patient choisit[19].
- Les trajets doivent être réservés avant 14 h la veille[85].

SUÈDE

- Près de 6,5 millions de trajets de patients (« sjukresor ») ont été financés publiquement en 2025, dont 85 % organisés par des centrales de réservation régionales[86].
- 36 % des trajets organisés étaient coordonnés (partagés), contre 40 % en 2019[86].
- Le coût net moyen était de 451 SEK par trajet en 2024[86].
- Le patient paie en général un forfait de 120 à 200 SEK par trajet, jusqu'à un plafond annuel d'environ 2 324 SEK en moyenne[86].

2.8

Tableau comparatif

PAYS	QUI EST COUVERT POUR LE TRANSPORT ASSIS	PARTICIPATION DU PATIENT	MODE DE COMMANDE	UBER HEALTH PRÉSENT
France	Large : hospitalisation, ALD (resserrée en oct. 2026), longue distance, séries, etc.	Taux de 55 % avant exonérations ; franchise de 4 €, plafond de 70 € depuis le 1er oct. 2026	Le patient ou l'établissement choisit un transporteur conventionné ; plateformes hospitalières ; plateforme nationale en projet	Non[12]
Allemagne	Restreint en ambulatoire : handicap lourd, dépendance 3 à 5, dialyse/oncologie avec accord	10 %, de 5 à 10 € par trajet (7,50 à 15 € dès 2027)	Le patient appelle un taxi conventionné ; contrats des caisses selon le § 133	Oui, depuis juin 2025

PAYS	QUI EST COUVERT POUR LE TRANSPORT ASSIS	PARTICIPATION DU PATIENT	MODE DE COMMANDE	UBER HEALTH PRÉSENT
Angleterre	Besoin médical ou de mobilité selon les critères de 2022	Gratuit si éligible ; remboursement des frais pour bas revenus	Prestataires mandatés par l'établissement ou l'ICS ; achat d'Uber via accord-cadre	Oui
Pays-Bas	Dialyse, oncologie, fauteuil roulant, malvoyants, cas difficiles	134 € par an + franchise	Accord de l'assureur ; centrale de commande	Oui
Belgique	Assurance obligatoire : cancer et dialyse (0,37 €/km)	Complément des mutualités	Services de réservation des mutualités	Non[77]
Espagne	Transport public non urgent par contrat régional	Aucune participation appliquée dans les sources consultées	Appels d'offres régionaux	Non
Italie	Service sanitaire régional ; associations de bénévoles	Variable selon les régions	Conventions directes avec le tiers secteur	Non mentionné
Norvège	Trajets de patients organisés	Forfait par trajet (non indiqué dans la source)	Pasientreiser national, réservation en ligne par le patient	Non mentionné
Finlande	Taxi Kela	25 € par trajet, 300 € par an	Régulation régionale par des prestataires retenus sur appel d'offres	Non mentionné
Suède	Sjukresor régionaux	Forfait de 120 à 200 SEK, plafond d'environ 2 324 SEK	Centrales de réservation régionales	Non mentionné

Sources : fiches pays ci-dessus. La liste des pays où Uber Health est disponible provient d'Uber Health[12] : Australie, Brésil, Canada, Allemagne, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande et États-Unis.



03

PARTIE 3

Cadre juridique européen

> *Le transport assis non urgent acheté par des organismes publics est donc en principe ouvert à la concurrence.*

MARCHÉS PUBLICS

- L'article 10, point h), de la directive 2014/24/UE exclut des règles de marchés publics certains services de prévention des risques assurés par des organisations à but non lucratif[87].
- Dans l'arrêt Falck (2019), la Cour a jugé que les soins d'urgence dans un véhicule de secours relèvent de cette exclusion. Le transport en ambulance qualifié en relève aussi lorsqu'une urgence est au moins potentiellement présente[87].
- Le transport ordinaire de patients, sans ce risque, n'en relève pas et suit le régime simplifié des marchés publics[87].
- Le transport assis non urgent acheté par des organismes publics est donc en principe ouvert à la concurrence. C'est la voie qu'utilise Uber en Angleterre.

Attribution directe aux bénévoles : la jurisprudence Spezzino autorise une priorité et une attribution directe aux associations de bénévoles sous conditions strictes[84]. Une nouvelle question sur le transport secondaire est pendante depuis le renvoi italien d'octobre 2026[82].

Travail via plateforme : la directive (UE) 2024/2831 doit être transposée au plus tard le 2 décembre 2026[88]. Ses principales dispositions sont :

- une présomption réfragable de salariat lorsque la plateforme dirige et contrôle le travail ;
- la transparence et la supervision humaine des décisions automatisées ;
- seul un humain peut décider de suspendre ou de fermer un compte.

Ces règles s'appliquent à toute plateforme de travail numérique qui organise du travail dans l'UE[88]. Une plateforme de réservation qui fixe les prix ou attribue les courses à des chauffeurs indépendants doit vérifier son exposition.



04

PARTIE 4

Plateformes et risque d'« ubérisation »

> *Celui qui opère cette couche contrôle la répartition des courses.*

DANS CETTE PARTIE

4.1 Le modèle Uber Health

4.2 Voies d'entrée observées en Europe

4.3 France : protections et brèches

4.1

Le modèle Uber Health

UBER HEALTH VEND AUX ORGANISATIONS, PAS AUX PATIENTS

- les coordinateurs réservent via un tableau de bord ou une API[64] ;
- les passagers sont contactés par SMS ou téléphone fixe, dans plus de 20 langues[64] ;
- l'organisation reçoit une facturation centralisée et des rapports d'utilisation[64].

AUX ÉTATS-UNIS

- plus de 5 000 organisations de santé et d'action sociale l'utilisent chaque mois[89] ;
- il est agréé dans les programmes Medicaid de plus de la moitié des États, couvrant environ 82 % des bénéficiaires de Medicaid[89].

Pour l'échelle, Uber a déclaré 59,8 Md$ de réservations brutes et 4,1 milliards de trajets au troisième trimestre 2026[90].

4.2

Voies d'entrée observées en Europe

VOIE	PREUVE	PAYS
Accord-cadre d'achat public à fournisseur unique	Accord-cadre DRBP, Uber exclusif	Angleterre[13]
Petits essais attribués directement, puis prolongeables	Essai de 90 k£ prolongeable jusqu'à 1,03 M£ sur cinq ans	Angleterre[14]
Vente aux hôpitaux, aux caisses et à d'autres transporteurs	Lancement pour établissements, caisses et prestataires	Allemagne[64]
Ajout d'Uber comme option supplémentaire dans les réservations de taxis d'un hôpital	Essai de Wirral	Angleterre[72]
Rachat du secteur taxi lui-même par les plateformes	Rachat par Lyft de Freenow, de Gett UK et des centrales irlandaises Lynk et Swift	Europe[65,91]

4.3

France : protections et brèches

PROTECTIONS

- Seuls les taxis conventionnés, les VSL et les ambulances sont remboursés. Un trajet en taxi non conventionné n'est pas pris en charge[24].
- Uber Health n'est pas disponible en France[12].
- La CNAM peut désormais refuser de nouveaux conventionnements de taxis là où l'offre est dense[2].
- Les plateformes hospitalières doivent appliquer un tour de rôle équitable entre transporteurs[42].

BRÈCHES ET POINTS DE PRESSION

- **Ouverture du remboursement aux VTC :** l'amendement sénatorial 578 au PLFSS 2027, déposé le 5 novembre 2026, proposait la prise en charge du transport assis par des VTC sans convention à partir du 1er juillet 2027. Il a été déclaré irrecevable par la commission des finances[11].
- **Commande centralisée :** une plateforme nationale gérée par la CNAM d'ici 2027[9], et les travaux de la startup d'État sur une centralisation des commandes[4]. Celui qui opère cette couche contrôle la répartition des courses.
- **Moins de libre choix :** la Cour des comptes recommande de le supprimer quand l'établissement organise le transport[2].
- **Plateformes gérées par des transporteurs :** un quart des établissements étudiés les utilisent, avec un risque de dépendance envers des acteurs dominants[2].
- **Sous-traitance informelle à des VTC,** déjà identifiée comme une fraude[41].
- **Pénurie d'offre :** les manques en zone rurale et l'épuisement des taxis sont le principal argument avancé pour ouvrir le marché. L'amendement 578 invoque les délais d'attente et les reports de soins[11].

Ces craintes ne sont pas nouvelles. Lors du débat sur le transport partagé obligatoire dans le PLFSS 2024, les syndicats de taxis alertaient déjà sur le risque qu'une plateforme centralisée favorise les VTC et les grandes centrales[92].



05

PARTIE 5

Perspectives et calendrier

> *La demande continue d'augmenter : plus de patients en ALD, plus de dialysés, vieillissement de la population.*

CALENDRIER 2026-2035

2 déc. 2026 — Date limite de transposition de la directive européenne sur le travail via plateforme
EUR-Lex[88]

Fin 2026 — Plateformes de commande dans les 32 CHU (objectif)
JORF, protocole[9]

1er janv. 2027 — Hausse de la participation sur les transports en France ; nouveaux contrats de taxis Kela en Finlande ; hausse des bornes de participation en Allemagne
PLFSS 2027[26] ; Kela[19] ; taxi heute[17]

2027 — Géolocalisation certifiée et facturation SEFi obligatoires pour les taxis en France ; possible plateforme nationale de la CNAM
Cour des comptes[2] ; JORF[9]

1er juil. 2027 — Tarif majoré ambulances/VSL réservé aux flux de facturation certifiés
Cour des comptes[2]

Fin 2027 — Objectifs français : plus de 30 % de transport partagé pour les ambulanciers, 150 M€ d'économies
JORF, protocole[9]

2027-2029 — Plafonnement allemand des hausses de prix des transports (−1 point)
taxi heute[17]

2028 — Fin prévue de l'accord-cadre DRBP actuel (Uber)
UK Frameworks[93]

2035 — Objectif de véhicules NEPTS zéro émission en Angleterre
NHS England[68]

TENDANCES DE FOND 2027-2030, TIRÉES DES DONNÉES CI-DESSUS

- **La demande continue d'augmenter :** plus de patients en ALD, plus de dialysés, vieillissement de la population[3,7].
- **Les financeurs continuent de serrer les dépenses :** la France et l'Allemagne plafonnent la dépense et poussent le transport partagé[26,17].
- **Les entreprises s'affaiblissent :** les marges des ambulanciers baissent et les taxis déclarent des pertes[5,8].
- **La commande se numérise et se centralise :** e-prescription, certification de la géolocalisation, plateformes hospitalières et plateforme nationale en projet[4,2].
- **Les plateformes mondiales se positionnent :** Uber sur les marchés institutionnels du transport non urgent, Lyft dans le secteur taxi[13,65].



06

PARTIE 6

Enseignements pour une plateforme de réservation indépendante

> *La ressource rare est la coordination, pas la demande.*

Ces points découlent des données présentées. Ce ne sont pas des recommandations des institutions citées.

01 **La ressource rare est la coordination, pas la demande.** Les organismes publics citent comme problèmes principaux les trajets à vide, le faible partage en taxi, les prescriptions papier et les commandes hors plateformes[4,2]. Une plateforme qui aide à regrouper les trajets et à remplir les retours répond à l'objectif déclaré du financeur.

02 **La neutralité est une attente réglementaire.** Les plateformes hospitalières doivent garantir un tour de rôle entre transporteurs[42]. La note ministérielle traite de la question de l'opérateur des plateformes[43]. La Cour des comptes signale la dépendance aux plateformes gérées par des transporteurs[2].

03 **Les institutions sont la porte d'entrée.** Les établissements prescrivent les deux tiers de la dépense[2]. Uber est entré en Europe par les hôpitaux et les assureurs[13,64].

04 **Les exigences de conformité se durcissent en 2027.** Elles portent sur la facturation SEFi, la géolocalisation certifiée, peut-être l'e-prescription, et les règles du travail via plateforme[2,88]. Une plateforme capable de vérifier qu'un trajet est éligible et correctement documenté répond à la fois aux besoins du financeur et du transporteur.

05 **L'offre rurale est le point faible.** C'est l'argument politique pour ouvrir le marché aux VTC[11] et c'est là que les taxis sont les plus fragiles[55].

06 **L'État peut être concurrent ou partenaire.** Une plateforme nationale gérée par la CNAM fixerait les règles pour tout le marché[9]. Il est essentiel de suivre les travaux de la startup d'État et le référentiel national des plateformes[2].

Limites des données

- **France, trajets :** 89 millions (régime général, Cour des comptes) contre 65 millions (beta.gouv). Les définitions (trajet ou course, périmètre des régimes) ne sont pas rapprochées dans les sources[2,4].
- **France, dépenses :** 6,867 Md€ (consommation DREES, tous financeurs), 6,3 Md€ (remboursements, suivi de l'ONDAM), 6,15 Md€ (non urgent, Cour des comptes 2024) et 6,45 Md€ (CNAM, urgences comprises). Chaque chiffre a un périmètre différent.
- **France, partage en taxi :** non mesuré de façon fiable ; le chiffre de 5 % est une estimation[2].
- **France, réforme des taxis :** aucun bilan publié de son effet sur le nombre de taxis conventionnés n'a été trouvé à novembre 2026.
- **France, fraude :** la répartition 2025 par profession provient d'une fédération professionnelle relayant des données CNAM, et non d'un document CNAM[40].
- **Angleterre :** le total national (460 M£, 11 à 12 millions de trajets) date de la revue de 2021 ; aucun chiffre national plus récent n'a été trouvé[68].
- **Suède :** le dernier coût par trajet porte sur 2024[86].
- **Espagne et Italie :** aucun chiffre national consolidé de dépense publique pour le transport non urgent n'a été trouvé ; l'Espagne est couverte par une étude de marché privée[80].
- **Comparaison européenne :** la Cour des comptes situe la France, mais les pourcentages du PIB pays par pays ne sont pas repris dans les sources consultées[2].
- **Uber Health en Allemagne et aux Pays-Bas :** aucun client nommé ni aucun volume n'est public dans les sources consultées.

Sources

Toutes les sources citées, numérotées dans l'ordre de leur première apparition. Chaque lien est cliquable.

1 **DREES, CNS 2026**
https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-09/CNS2026%20-%20Fiche%2020%20-%20Les%20transports%20sanitaires.pdf

2 **Cour des comptes, RALFSS 2026**
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-05/20260527-RALFSS-2026-7-Transports-patients-a-la-charge-de-l-assurance-maladie.pdf

3 **Sécurité sociale, REPSS**
https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1.7.1.%20Personnes%20en%20affections%20d.html

4 **beta.gouv.fr**
https://beta.gouv.fr/startups/transports-sanitaires.html

5 **Observatoire du Transport Sanitaire 2026**
https://www.calameo.com/turbulances-online/books/00618770969662a6c7370

6 **Cour des comptes, chapitre ONDAM**
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-05/20260527-RALFSS-2026-2-Ondam-tenu-en-2025-mais-trajectoire-restant-a-inflechir.pdf

7 **INSEE Première n° 2108**
https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/9004289/ip2108.pdf

8 **Assemblée nationale, question 14953**
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/questions/QANR5L17QE14953

9 **JORF, protocole du 30/09/2025**
https://www.fhf.fr/sites/default/files/2025-10/joe_20250930_0228_0015.pdf

10 **ameli**
https://www.ameli.fr/taxi-conventionne/exercice-professionnel/facturation/tiers-payant

11 **Sénat, amendement 578**
https://www.senat.fr/enseance/2026-2027/138/Amdt_578.html

12 **Uber Health**
https://www.uberhealth.com/fr/fr/

13 **Uber Health UK**
https://www.uberhealth.com/gb/en/

14 **Contracts Finder, HPFT**
https://www.contractsfinder.service.gov.uk/Published/Notice/releases/2d7c3fb6-8b17-488d-9e3e-89e7aa7a3c4b.json

15 **GKV-Spitzenverband**
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2026_q2/20260908_GKV_Kennzahlen_Booklet_Q2-2026_300dpi_barrierefrei.pdf

16 **BMG KJ1 2025**
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2025_bf.pdf

17 **taxi heute**
https://www.taxi-heute.de/de/news/gkv-beitragssatz-stabilisierungsgesetz-so-werden-krankenfahrten-fuer-taxiunternehmen-zum-risiko-32222.html

18 **Rijksoverheid**
https://www.rijksoverheid.nl/themas/familie-zorg-en-gezondheid/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/zorgverzekering/is-ziekenvervoer-opgenomen-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering

19 **Kela**
https://www.kela.fi/ajankohtaista/kela-taksien-uusi-sopimus kausi-alkaa-1.1.2027-kilpailutus-ja-matkojen-yhdistely-saastavat-kymmenia-miljoonia-euroja

20 **Pasientreiser HF**
https://www.pasientreiser.no/4950db/contentassets/a25ba21341794a92a5c392833e33adf6/styresaker-2026/26.03.2025/sak-13-2026_vedlegg-status-og-historisk-utvikling-pasientreiseomradet-2019-2025.pdf

21 **ameli**
https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/frais-transport

22 **Service Public, décret n° 2026-858**
https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/actualites/A17166

23 **Assurance Maladie, rapport annuel**
https://rapport-annuel.assurance-maladie.fr/

24 **Service-Public**
https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/actualites/A18110

25 **Assemblée nationale, question 18100**
https://questions.assemblee-nationale.fr/q17/17-18100QE.htm

26 **PLFSS 2027, annexe 5**
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2027/PLFSS2027-Annexe5-vdef.pdf

27 **Rapport REIN 2024**
https://www.francerein.org/wp-content/uploads/2026/03/rapport_rein_2024.pdf

28 **Sénat, amendement 519**
https://www.senat.fr/enseance/2026-2027/138/Amdt_519.html

29 **Observatoire national des T3P, 2026**
https://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/les-taxis-et-vtc-acces-la-profession-offre-de-transport-equipement-rapport-2026-de-lobservatoire

30 **OPTL 2025**
https://optl.fr/wp-content/uploads/Rapport-OPTL-2025.pdf

31 **France Travail**
https://www.francetravail.org/regions/grand-est/actualites/2025/il-manque-15-000-ambulanciers-en-france.html?type=article

32 **Keolis**
https://www.keolis.com/newsroom/communiques-de-presse/keolis-sante-sassocie-au-groupe-nohain-pour-renforcer-son-developpement-dans-le-t

33 **actu.fr**
https://actu.fr/bretagne/pontivy_56178/morbihan-ambulance-pontivyenne-rachete-les-taxis-et-ambulances-regnier-et-passe-de-28-a-49-salaries_65038442.html

34 **Assemblée nationale, question 11226**
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/questions/QANR5L17QE11226

35 **ameli**
https://www.ameli.fr/taxi-conventionne/actualites/nouvelle-convention-cadre-meilleur-acces-aux-soins-et-tarification-plus-equitable-et-plus-simple

36 **Légifrance**
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000051272117

37 **annexe tarifaire CPAM**
https://extranet.infocpam.fr/infops/wp-content/uploads/2026/10/Annexe_3_maj-082026.pdf

38 **analyse juridique**
https://consultation.avocat.fr/barreau-nimes/blog/soumaya-taboubi/article-2983885-loi-du-25-juin-2026-ce-qui-change-pour-les-ambulances-vsl-et-taxis-conventionnes.html

39 **CNAM, Charges et produits 2027**
https://fhpmco.fr/wp-content/uploads/2026/07/2026-07_presentation-synthetique-rapport-propositions-pour-2027_assurance-maladie.pdf

40 **FNAP, d'après les données CNAM**
https://www.federationnationaleambulancierspriveS.fr/index.php/assurance-maladie/1564-723-meur-de-fraudes-en-2025

41 **TF1 Info**
https://www.tf1info.fr/sante/reportage-il-a-triche-les-fraudes-au-transport-sanitaire-d-ambulanciers-ou-de-taxis-se-multiplient-les-controles-aussi-2439738.html

42 **ameli**
https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/facturation-prise-charge/plateformes-commande-regulation-transports

43 **Ministère de la Santé**
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/deploiement_des_plateformes_informatiques_de_gestion_des_commandes_de_transport.pdf

44 **Sanilea**
https://www.sanilea.fr/

45 **Transdev**
https://www.transdev.com/nos-expertises/solutions-de-transport/transport-sanitaire

46 **UGAP**
https://www.ugap.fr/informatique-et-telephonie-2/informatique-bureautique-6/logiciel-381/editeurs-de-logiciels-124456/transport-hospitalier-et-sanitaire-124650

47 **CHRU Strasbourg**
https://www.chru-strasbourg.fr/plateforme-des-transports-sanitaires-des-hopitaux-universitaires-de-strasbourg/

48 **App Store**
https://apps.apple.com/fr/app/al%C3%A9hop/id6747099357

49 **taxi-securite-sociale.fr**
https://taxi-securite-sociale.fr/recherche/

50 **App Store**
https://apps.apple.com/us/app/igo-taxi-pro/id6808718507

51 **Ministère de la Transition écologique**
https://www.ecologie.gouv.fr/politiques-publiques/taxi-vtc-vmdtr-cpa-reglementation-transports-publics-particuliers-personnes

52 **TF1 Info**
https://www.tf1info.fr/sante/ce-n-est-pas-viable-les-taxis-delaissent-le-transport-sanitaire-depuis-la-reforme-tarifaire-2408068.html

53 **Le Monde**
https://www.lemonde.fr/economie/article/2026/02/04/les-taxis-et-entreprises-d-ambulances-fragilises-par-les-nouvelles-regles-du-transport-sanitaire_6665349_3234.html

54 **Assemblée nationale, question 14371**
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/questions/QANR5L17QE14371

55 **Sénat, question 10619**
https://www.senat.fr/questions/base/2026/qSEQ261110619.html

56 **§ 60 SGB V**
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__60.html

57 **G-BA**
https://www.g-ba.de/themen/veranlasste-leistungen/krankenbefoerderung/

58 **BVTM**
https://bundesverband.taxi/oppermann-weist-uber-health-in-die-schranken/

59 **BVTM**
https://bundesverband.taxi/wp-content/uploads/2026/06/Beitragsstabilisierungsgesetz_v07.pdf

60 **taxi heute, 23 sept. 2026**
https://www.taxi-heute.de/de/news/uber-ausschreibungen-und-krankenfahrten-taxi-gewerbe-fordert-faire-wettbewerbsbedingungen-32118.html

61 **taxi heute**
https://www.taxi-heute.de/de/news/taxi-krankenfahrten-wann-zahlt-die-krankenkasse-voraussetzungen-kostenuebernahme-news-31273.html

62 **DIP Bundestag**
https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-zur-reform-der-notfallversorgung/334560

63 **BMG**
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Notfallversorgung/Argumentationspapier_Notfallreform.pdf

64 **Uber**
https://www.uber.com/de/de/newsroom/uber-health-deutschland/

65 **Lyft**
https://www.lyft.com/blog/posts/one-year-in-freenow-growth-since-joining-lyft

66 **NHS England**
https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/05/B1244-nepts-eligibility-criteria.pdf

67 **CPFT**
https://www.cpft.nhs.uk/healthcare-travel-costs-scheme/

68 **NHS England, revue du NEPTS**
https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/08/B0682-fnal-report-of-the-non-emergency-patient-transport-review.pdf

69 **Contracts Finder**
https://www.contractsfinder.service.gov.uk/Published/Notice/releases/67297541-24bb-47a0-b0f2-0d1715d62769.json

70 **Sell2Wales**
https://www.sell2wales.gov.wales/search/show/search_view.aspx?ID=NOV675365&catID=

71 **Stotles**
https://www.stotles.com/tenders/topics/taxi-tenders

72 **WUTH**
https://www.wuth.nhs.uk/media/33458/uber-health-trial-more-choice-for-approved-taxi-journeys.pdf

73 **Zilveren Kruis**
https://www.zilverenkruis.nl/consumenten/vergoedingen/basis-exclusief/zittend-ziekenvervoer?col=205274004

74 **Zorgcijfersdatabank**
https://www.zorgcijfersdatabank.nl/algemeen/bekostiging-en-methodiek-ziekenvervoer-2025

75 **Uber Health NL**
https://www.uberhealth.com/nl/en/

76 **Partenamut**
https://www.partenamut.be/fr/faq/remboursement-transport-non-urgent

77 **Uber Health BE**
https://www.uberhealth.com/be/fr/

78 **TED**
https://ted.europa.eu/en/notice/592528-2026/pdf

79 **Ministerio de Sanidad**
https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2675

80 **DBK**
https://www.dbk.es/detalle-nota/transporte-sanitario-2025

81 **Falck**
https://www.falck.com/news/latest-news/annual-report-falck-raises-earnings-expectations-for-2026/

82 **Quotidiano Sanità**
https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/affidamento-diretto-senza-gara-dei-trasporti-sanitari-alle-ambulanze-dei-volontari-il-tar-veneto-rinvia-alla-corte-di-giustizia-ue/

83 **AsFO**
https://asfo.sanita.fvg.it/export/sites/aas5/it/news/_docs/2026_05_13-00/AVVISO-PER-TRASPORTO-SECONDARIO_.pdf

84 **communiqué CJUE**
https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2014-12/cp140173fr.pdf

85 **Kela**
https://www.kela.fi/news/new-dispatch-numbers-for-kela-taxis-as-of-january-2027

86 **Svensk Kollektivtrafik**
https://svenskkollektivtrafik.se/app/uploads/2026/03/PM-Sjukresor-2025-2026-03-30.pdf

87 **communiqué CJUE, Falck C-465/17**
https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2019-03/cp190038en.pdf

88 **EUR-Lex**
https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/LSU/?uri=CELEX:32024L2831

89 **Uber Health**
https://www.uberhealth.com/us/en/resources/articles/expanding-access-to-care-through-transportation/

90 **Uber, déclaration SEC**
https://www.sec.gov/Archives/edgar/data/1543151/000154315126000039/uberq326earningspressrelea.htm

91 **RTÉ**
https://www.rte.ie/news/business/2026/0731/1585948-lyft-buys-dublins-lynk-and-limericks-swift-taxi-services/

92 **Le Réveil du Midi**
https://www.lereveildumidi.fr/soci%C3%A9t%C3%A9/sant%C3%A9/covoiturage-sanitaire-obligatoire-le-risque-de-voir-uber-s-installer-dans-le-circuit

93 **UK Frameworks**
https://ukframeworks.co.uk/frameworks/fts-049b16

RoullePro

La plateforme de mise en relation des taxis conventionnés, ambulances et VSL

roullepro.com

LIVRE BLANC · ÉDITION 2026 · DONNÉES ARRÊTÉES AU 12 NOVEMBRE 2026