

# NOTE D'AUDITION

à l'Assemblée Nationale



**Mission  
d'information sur  
les transports  
sanitaires**

2022

## Mission d'information sur les transports sanitaires Questionnaire – France Assos Santé

La commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale a nommé M. Julien Borowczyk (LREM, Loire) et Mme Josiane Corneloup (LR, Saône-et-Loire) rapporteurs d'une mission d'information sur le transport sanitaire.

Afin de préparer au mieux la séance de questions/réponses, le questionnaire ci-dessous vous est transmis. Il vous sera demandé, dans la mesure de vos possibilités et dans les limites de votre fonction, des réponses écrites adressées à [axel.maybon@assemblee-nationale.fr](mailto:axel.maybon@assemblee-nationale.fr)

\*

### I. Quelles sont les principales difficultés auxquelles sont confrontés les patients s'agissant du transport sanitaire programmé et d'urgence ?

#### 1.a Une complexité rendant difficilement compréhensible les règles de remboursement pour les usagers et une lourdeur administrative

Les usagers ont beaucoup de difficultés à comprendre les règles de remboursement des transports jugées complexes et de la lourdeur administrative, notamment quand il doit être fait une demande d'entente préalable. Il existe aujourd'hui des règles de remboursement multiples, qui ont évolué avec les années. Notamment concernant les règles de remboursement des transports pour les consultations liées à l'ALD qui ont été durcies depuis 2011, avec l'ajout d'un critère exigeant de répondre aux conditions de déficience et d'incapacité du référentiel de prescription des transports de 2006<sup>1</sup>. Ces évolutions entraînent une incompréhension de par la communication souvent faite que les transports ALD sont pris en charge systématiquement, ce qui n'est pas toujours le cas. Par ailleurs les réponses de l'Assurance maladie sont parfois tardives entraînant parfois une annulation du rendez-vous de peur de ne pas être remboursé, ou un reste à charge quand il y a finalement un refus qui est notifié après le déplacement.

#### **Verbatims**

*« La lourdeur administrative, car il faut remplir un dossier papier pour chaque nouveau transport. Il serait plus simple de ne remplir qu'une seule fois un formulaire pour toute l'année. J'ai en moyenne 2 hospitalisations de jour par an. Pendant le confinement, il était possible de tout remplir en ligne. Après le confinement, la MGEN a demandé de revenir à la version papier. C'est un dossier très lourd qui pourrait être simplifié. »*

<sup>1</sup> [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5041/document/referentiel-prescription-transports\\_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5041/document/referentiel-prescription-transports_journal-officiel.pdf)

*J'ai été diagnostiquée il y a 8 jours pour une névrite vestibulaire et je suis encore dans l'impossibilité de me tenir debout. J'ai deux rendez-vous médicaux prévus respectivement les 4 et 5 février prochain (prise de sang de contrôle liée à affection de longue durée myelodysplasie) et rendez-vous ORL pour audiométrie notamment suite aux vertiges qui m'affectent depuis 8 jours. Je vis seule et étant dans l'impossibilité de me déplacer seule, je voudrais savoir si je peux bénéficier d'un transport VSL pour aller et revenir à ces rv médicaux. En vous remerciant à l'avance pour votre réponse,*

*J'écris pour mon père atteint d'un cancer du rectum déclaré récemment. Il doit faire un Tep Irm à sarcelles. J'habite à Orléans et je ne peux pas accompagner mon père pour toutes ses consultations. Ayant un poste de travail, Et ayant démissionné mes congés payés ont été refusés. Je quitte la société le 19 mars fin de mes 2 mois de préavis.  
Mon père peut il bénéficier d'un taxi pris en charge. Il dispose de l'ald.*

*Je souffre de deux maladies, la maladie de Gougerot pour laquelle je suis reconnue en ALD et la maladie de Ménière. Je dois faire de la rééducation vestibulaire que j'ai dû interrompre car mes frais de transport en VSL ne sont plus pris en charge, le médecin m'indiquant que ce n'est pas en lien avec Gougerot. Je ne sais pas ce qu'il en est ni quoi faire ?*

*Je dois me rendre à des consultations à l'hôpital pour mon suivi ald, les frais de transports sont ils pris en charge ?*

*J'ai une double fracture de la cheville et je vais avoir des déplacements chez un kiné. Est-ce que je peux avoir des aides pour la prise en charge de ceux-ci.*

*Bonjour ! Suite à une crise d'épilepsie et une convocation pour un EEG et n'ayant pas le droit de conduire pour le moment j'ai pris un VSL pour me rendre à cet examen, j'ai voulu demander un bon de transport qui m'a été refusé, sachant en plus que je suis en ALD suite à une transplantation, ce qui fait que je me retrouve avec une facture auprès de ce transport à quel recours ai je droit bonne journée cordialement !*

*Ma mère a subi des séances de chimio difficile.*

*Elle est prise en charge dans un établissement francilien car nous, les enfants sommes en IDF mais elle vit dans le sud.*

*Son oncologue lui a conseillé de rentrer chez elle pour se reposer entre deux chimio, ce qu'elle a fait.*

*Est-ce qu'elle pourrait avoir une PED ces frais de transports ?*

*Sœur handicapée, sourde et ne maîtrisant pas la langue des signes; Frais de transport pour des soins de kiné (moins de 50 km) et pour une consultation (moins de 100km) de suivi à l'hôpital: elle est actuellement hébergée chez mon autre sœur; ça pose problème ? Quelles conditions de prise en charge ? Les kinés sont débordés: peut on aller chez un autre plus éloigné? Par ailleurs, une personne n'a pas été diagnostiquée à temps sur une perte de voix. A t elle un recours?*

*Je voulais savoir s'il était possible que je demande un VSL ou un taxi conventionné pris en charge à 100% sans avance car je n'ai plus de revenus depuis novembre 2020 à part une rente de 124€ par mois ce qui ne me permet pas de vivre. Mon médecin pourra appuyer ma demande ainsi que mon psychiatre.*

*Je voulais connaître la durée de validité d'une prescription médicale de transport?*

*J'ai vu sur internet que c'était 1 an...*

*Je me suis fait opérée du genou hier, je dois avoir des séances de rééducation en kiné, or ce n'était pas prévu que je ne puisse pas bouger du tout. Le médecin m'a fait un bon de transport. J'ai regardé et comme je ne suis ni en ALD, ni rien, je crois que je ne peux pas être prise en charge mais je ne peux pas bouger!*

*Comment puis-je être prise en charge du coup?*

*J'ai la complémentaire santé-solidaire*

*Je suis CMU C et je vais me faire opérer et j'ai besoin d'un transport pour aller à l'hôpital et en revenir. Comment cela se passe ?*

*Comment je dois procéder ? est-ce automatique ?*

*Ma belle mère a été hospitalisée. Ensuite elle a été prise en charge en SSR et elle a fini dans un EHPAD à Tours à côté de chez sa fille. Elle a demandé la prise en charge de ses frais de transport. On lui a dit dans la clinique que c'était possible mais finalement, on a refusé de lui prendre en charge. Dans quel volet l'établissement aurait dû indiquer qu'il s'agissait d'un transport pour rapprochement familial?*

*Puis-je bénéficier de la prise en charge de mes frais de transport pour des consultations pour d'autres soins que ma sclérose, donc non inclus dans mon protocole de soins, à 100% au titre de mon invalidité?*

*J'appelle pour mon fils de 31 ans en ALD, il suit des soins de laser dans un autre département car ces soins spécifiques n'existent pas chez nous. C'est tous les 6 mois qu'il a besoin de s'y rendre*

*Jusqu'à présent la sécu remboursait SANS demande d'accord préalable car le trajet aller s'élevait à 149km. Or, l'an dernier, le transporteur s'est fait retoquer et l'assurance maladie a déclaré que le trajet était de 152km, nous avons donc rempli la demande d'accord préalable pour être dans les clous. Cette année, je refais cette demande et voilà que la sécu me notifie un refus! Elle se fonde sur R322-10-3 je ne comprends pas... Que faire pour obtenir le remboursement?*

Etc.

**1.b Complexité pour les professionnels, qui ne savent pas forcément répondre ou refusent parfois l'établissement des bons de transports de peur de se voir reprocher par l'Assurance maladie les prescriptions**

#### **Verbatims :**

je suis en ald et j'ai beaucoup de rendez vous médicaux et je n'arrive pas à trouver de taxis conventionnés . Est ce que je peux prendre des taxis non conventionnés comme le conseille mon médecin et me faire rembourser ensuite

Mon beau-frère est en centre de rééducation depuis plusieurs mois après avoir été à l'hôpital suite à un grave accident de voiture où il a perdu deux collègues. Il a un accord de permission de sortie pour la première fois ce weekend, mais l'infirmière refuse de lui faire un bon de transport alors qu'il ne se déplace qu'allongé et que quand même ce n'est pas un luxe que l'on demande non ?

alors moi j'ai une ALD, enfin 4 car j'ai plusieurs pathologies mais ne suis pas reconnue en "polyopathologies" j'ai souvent besoin de me déplacer, et besoin d'un bon de transport pour aller à mes consultations car je suis mal desservie dans ma commune (rhumato, ophtalmo) avant y'avait pas de soucis, mon médecin me faisait le bon et tout allait bien, j'allais à mes rdv et j'étais remboursée. Là y'a un nouveau médecin et il refuse, il dit que c'est trop risqué de me faire le bon de transport. Je ne comprends pas comment ça marche ?

*Je suis AS dans un hôpital. Un jeune de 13 ans doit être hospitalisé en SSR. Il y a plus de 80 km entre l'hôpital et son domicile. Comment faire pour que les transports puissent être pris en charge ? Ma responsable m'a demandé de chercher pour les quinze premiers jours car ensuite, il y aura prise en charge par la sécurité sociale. Les parents n'ont pas de véhicule.*

*Je me permets de vous contacter en tant que professionnel de santé. Je suis interne en médecine dans un service d'urgence du Val d'Oise et j'ai été confronté à une situation problématique en rapport avec un transfert de patient depuis mon service jusqu'à un autre service d'urgence disposant de spécialité absente chez nous.*

*Il s'agissait d'une personne précaire, vivant en structure sociale et de ce fait bénéficiant d'une prise en charge à 100% de ses frais médicaux au titre d'une affection longue durée. Elle a été vue par mon assistante sociale en ce sens, pour me confirmer ses droits.*

*A ma demande d'appeler un VSL (personne absolument valide), il m'a été opposé par toutes les sociétés jointes que le transport via VSL n'était pas possible pour un transfert d'hôpital à hôpital pour simple consultation et qu'il fallait que je fasse une demande de transport médicalisé de type ambulance.*

*J'ai fait la demande d'ambulance et ma patiente a attendu en tout 5h dans ma salle d'attente qu'une ambulance se libère pour ce motif.*

*Il m'apparaît ici un problème, dont je ne sais s'il vient des sociétés de transport médical ou d'une subtilité législative concernant les prises en charge de ces types de transport dans le cas de ma patiente.*

*Voici pourquoi je sollicite aujourd'hui votre aide à ce sujet*

*Certains patient que nous suivons sont prioritaires pour sa faire vacciner au regard de leur ALD. Nous nous interrogeons sur la possibilité pour eux de bénéficier d'une prise en charge de leur frais de transport pour se rendre au centre de vaccination. En effet si les frais de transport peuvent être pris en charge pour soins et traitement en rapport avec l'ALD, ce n'est pas exactement le cas. Qu'en est il?*

*je suis salariée de la CPAM, ma mère a la maladie de Parkinson . Elle a été hospitalisée à nantes pour la ose d'un boitier . Elle est contaminé a la covid . Elle est transférée dans un établissement de suite et on reçoit la facture du transport en ambulance . La cpam refuse de prendre en charge en disant que c'est à l'établissement prescripteur de prendre en charge. J'ai préféré vous demander conseil pour avoir confirmation de cette décision de la CPAM avant d'éventuellement remettre en cause la décision des collègues.*

*Je suis AS dans un centre de rééducation neurologique et je voudrais savoir si les frais de transport pour permission de sortie d'un jeune de 18 ans tout juste peuvent toujours être pris en charge par la sécu ?*

*« Au sein de mon hôpital ce ne sont plus les médecins qui prescrivent les transports. Mais les 2 secrétaires qui se réfugient devant les "textes" et qui nous disent que l'on doit prendre son véhicule personnel au risque de provoquer un accident ou demander à notre famille »*

*« Les médecins sont surchargés par le travail administratif, qui leur prend le temps qu'ils pourraient consacrer aux patients. La plupart du temps, il donne verbalement son accord et ce sont les infirmières ou les secrétaires qui remplissent les dossiers et délivrent les attestations. Elles signent par délégation du médecin. Il ne faut pas changer ce système car le transport sanitaire relève de la décision médicale »*

## 2. Une réglementation trop rigide pour les remboursements ne prenant pas en compte les spécificités et les spécialités non reconnues officiellement

- **Difficulté concernant la prise en charge des transports vers une structure éloignée du domicile mais vers qui les patients ont été orientés par le médecin ou le centre de compétence, voire qui n'ont pas d'autres solutions car refus de prise en charge par le professionnel ou la structure le plus proche :**

De nombreuses remontées concernant le refus de prise en charge par l'Assurance maladie de frais de transports vers une structure considérée comme n'étant pas la plus proche. La difficulté qui se pose est le fait que certaines structures ou professionnels de santé, à proximité, refusent la prise en charge car considèrent qu'ils n'ont pas la disponibilité ni la compétence, mais comme il n'existe pas forcément de spécialité reconnue cela entraîne un refus de prise en charge :

Exemples :

Un patient de Bretagne suivi pour une pathologie rare des yeux et orientés par le CHU de proximité à Paris : refus de prise en charge par l'Assurance maladie, confirmée en Commission de recours Amiable > Le tribunal donne raison à l'assuré qui se voit donc remboursé ses transports, mais 2 ans après nouveau refus de l'Assurance maladie obligeant à refaire un recours contentieux.

Un patient atteint de mucoviscidose nécessitant 2 kinés par jour 7/7, le kiné le plus proche refuse de le prendre en charge car indique qu'il n'est pas en mesure d'effectuer ce suivi, malgré un courrier du kiné en question stipulant son refus de prise en charge du patient, l'Assurance maladie refuse la prise en charge des transports pour un kiné plus éloigné au motif qu'il existe un kiné plus proche (alors que celui-ci le refuse !)

**Verbatims :**

*J'ai une "maladie rare et France Téléthon m'a conseillé un spécialiste à Marseille. Mon médecin a fait un certificat pour les frais de transport et j'ai un rendez-vous le 20 janvier. La sécu me dit que ce n'est pas sûr que j'obtienne la prise en charge des frais de transport car il est possible qu'il y ait un spécialiste plus près.*

*Je vous appelle car j'ai une maladie rare. Je dois faire des examens et subir une opération dans un service spécialisé. Or il y a 2 centres de référence en France pour ma maladie : Paris et Nice. La CPAM a refusé la prise en charge des frais de transport pour Nice et me dit d'aller à Clermont Ferrand. Or, Clermont ne connaît rien à ma pathologie. Paris est à 400 km et Nice à 750 euros. A Nice je peux être logé chez ma fille... hors je vais avoir la pause d'un simulateur pendant 15 jours et mon médecin me dit que s'il m'arrive quelque chose pendant cette période, il ne sait pas gérer..*

*J'ai besoin de faire réparer ma prothèse osseuse à Paris. Or, La CPAM ne me rembourse que sur la base de la structure la plus proche. Pourtant aux Sables d'Olonne, puis à Nantes (base de remboursement lors de mon dernier recours), ils ne peuvent m'opérer...*

*Je suis atteinte d'une maladie rare et j'ai fait une demande de prise en charge de transport dans le cadre d'une consultation qui devait être réalisée à Paris point cette demande a été refusée par la CPAM j'ai donc fait un recours en attestant avec divers certificats médicaux de la nécessité pour moi de pouvoir consulter ce centre à Paris qui est un centre de référence lié à ma pathologie. Je dois avoir normalement rendez-vous la semaine prochaine le problème est qu'ils ont bien reçu mon recours à la*

CPAM mais qu'ils n'ont toujours pas traité mon dossier.  
Que dois-je faire ?  
Est ce que je peux honorer mon rendez vous à Paris ou bien est ce que je dois l'annuler?

*Je suis en conflit avec la Caisse d'assurance maladie qui refuse de prendre en charge mes frais de transport pour me rendre à Nice alors qu'il n'y a que là bas où un spécialiste est en mesure de m'opérer de ma maladie rare que trop peu de praticiens connaissent. Comment puis je faire valoir mes droits?*

Sur indication de notre ophtalmologue, mon épouse a subi une greffe de la cornée au CHU l'Hopital Edouard Eriot à Lyon. Le transport pour l'hospitalisation et les soins à venir ne sont remboursés que sur la base de Dieulefit-Nimes en réponse de ma demande d'accord préalable de transport à plus de 150 km.. en conséquence, il reste à ma charge environ 120 € par aller/retour. J'ai déposé un recours qui, je le crains sera sans effet, quel est votre avis?.

Refus de prise en charge SSR ayant une habitude de prendre en charge les patients atteints de mucoviscidose et pour lesquels les centres de compétence orientent systématiquement les patients :

*« La CPAM refuse la prise en charge des transports sanitaires pour nous rendre dans les centres de soins de suite et de réadaptation ».*

*« Régulièrement, j'ai des refus de prise en charge des trajets pour me rendre dans des Centres de Réadaptation pulmonaire au motifs que d'autres centres de soins sont plus proches de notre domicile »*

- **Question de la prise en charge des transports pour des soins plus éloignés du domicile mais plus propices au maintien dans l'emploi**

Des patients exerçant une activité professionnelle, et nécessitant des séances de kinésithérapie ou de dialyse, pourrait les effectuer à proximité de leur lieu de travail, même si c'est plus éloigné du domicile, ou dans un centre plus éloigné mais pratiquant des horaires du soir, et ainsi éviter les absences prolongées au travail, voire les temps partiels thérapeutiques rémunérés en ce sens.

Mais la réglementation ne prévoit que la prise en charge des soins proches du domicile.

- **Question de la prise en charge des transports pour des soins plus éloignés du domicile, mais vers une structure qui est la seule adaptée notamment en termes de plateau technique pour les personnes en situation de handicap**

**3. Du fait de nombreux refus de prise en charge les Restes à charge sont importants et régulièrement remontés.**

Les demandes d'aides financières concernant les transports sont un motif important dans le cadre de l'Action Sanitaire et Sociale des caisses d'assurance maladie et la question des transports est le 2<sup>ème</sup> motif de saisine de la mission de conciliation de l'Assurance maladie.

## **Verbatims :**

*Bonjour . Ma mère a fait une chute , port d'un corset lors de son hospitalisation et surtout détection de troubles cognitifs et alsaimer. Ne pouvant pas la laisser réintégrer son logement seule, l'assistante sociale du CHIVA à Foix 0900 a pris ses responsabilités et a demandé un accord préalable pour faire transporter ma mère allongée obligatoirement sur recommandation du médecin hospitalier l'Ehpad à ENGHIEN 95000 soit près de 771 kms . Il était hors de question de lui faire supporter ce voyage assise d'ou l'ambulance prescrite par le médecin hospitalier !!! Ce transport en ambulance est facturé 1776€ mais la prise en charge a été refusée au motif " ce sont des convenances personnelles " ... comme si nous allions laisser notre mère SEULE dans une maison devenue très dangereuse pour elle et même dans son quotidien ( nous avons " suspendu " son permis de conduire ) faire ses courses et même dans son hygiène de vie tout devenait très compliqué ... d'ou ce rapprochement en Ehpad en région parisienne . Croyez bien que avant tout ça elle vivait bien tranquille dans son Ariège et qu'elle se serait bien passée de ce bouleversement . Donc ma question est ce que ce refus est bien légal d'autant que j'ai reçu un formulaire Ameli " frais de transport prise en charge et remboursements ou ma mère rempli tous les critères cités ...*

*Je vous contacte pour mon papa qui a 89 ans.*

*Suite a plusieurs hospitalisations au centre hospitalier de Laval (53000) il a des visites de contrôle. Il réside dans une résidence senior à Craon. Environ 30 kms de Laval, soit 60 kms aller retour. Il se déplace soit avec un déambulateur, soit avec des béquilles pour une distance de quelques mètres. Le chirurgien a refusé de lui établir un bon de transport ; par conséquent il se retrouve avec une facture de 108 Euros de la société taxi/ambulance ? Que doit il faire ? Sachant que pour les précédentes consultations avec ce chirurgien il avait a chaque rdv un bon de transport ; et sans aucune explication bon de transport refusé. Que doit il faire ?*

*Ma mère ne se sentait pas bien et nous avons appelé le samu qui a fait venir une société d'ambulance. Sur place considérant que le transport ne se justifiait pas ma mère n'a pas été amenée à l'hôpital mais demande la somme de 156€ pour leur déplacement. Est ce normal ?*

*Suite à une opération de l'épaule droite (rupture de la coiffe) effectué à Paris (clinique rémusat). Le chirurgien m'a fait une ordonnance pour prendre un taxi conventionné. J'avais rendez vous avec lui après l'opération et avec mon attelle pas évident de conduire de plus je ne pouvais marcher car tres douloureux.. Aujourd'hui je reçois un courrier de la sécu disant qu'ils ne me remboursent pas les 180 euros de taxis conventionné aller/retour.. Je ne comprends pas j'ai toujours travaillé et payé ma sécu. Je ne pouvais compter sur mes proches car ils travaillaient. Je trouve cela inadmissible de prendre cela à ma charge alors que je ne peux me déplacer car tres douloureux et personne pouvant m'accompagner.*

## **. La question des restes à charge pour les transports bariatriques**

Faute d'une prise en charge des surcouts des transports bariatriques, les patients se retrouvent avec des restes à charge extrêmement élevés

## Verbatims

« Comme vous le savez l'ambulance est payé aux nombres de kilomètres parcourus entre l'hôpital et le domicile.

Pour moi qui habite à 14km kilomètres de l'hôpital, voici le calcul précis :

J'ai été hospitalisé a l'hôpital européen georges pompidou a paris 75015, du 17 au 19 juin 2019

Le 17 juin 2019 : pour aller a l'hôpital

Moi j'ai payé de ma poche la somme de 248,96 euros, vous avez la facture ci-joint.

La cpam a payé a la société d'ambulance : 183,40 euros

Le 19 juin 2019 : pour retourner a mon domicile

Moi j'ai payé de ma poche la somme de 248,96 euros, vous avez la facture ci-joint.

La cpam a payer a la société d'ambulance : 183,40 euros

La cpam pour un aller retour à l'hôpital a payé au total : 366,80 euros

Pour un aller/retour à l'hôpital moi j'ai payé de ma poche, au total : 497,92 euros

Comment voulez-vous qu'un malade puisse payer des sommes pareil a chaque transport ?

\*\* entre mon domicile et L'hospital il y a 14 km. L'ambulance est payée comme un taxi aux nombres de kilomètres parcourus.

Imaginez les gens en province qui doivent faire comme dans le département du VAR 50 km pour être soigné dans un service d'obésité, imaginez le coût ?

De ce fait, personne ne se fait soigné ! Et on est chez nous allongé grabataire sur un lit.

Mais si on habite à 40 ou 50 km de l'hôpital comme en province. Car tous les hôpitaux ne soignent pas toutes les pathologies et parfois en province l'hôpital qui peut vous prendre en charge est très loin du lieu d'habitation cela peut coûter jusqu'à 1000 euros.

\*\* - pour bien vous montrer la réalité des faits, je vous adresse un mail du 19 novembre 2018 de l'hôpital SAINTE MARIE qui explique clairement le coût d'une ambulance Bariatrique (entre 200 et 1000 euros).

- c'est un problème national qui touche tous les départements et régions de France.

Merci d'aider l'handicapé et obese que je suis, car je suis exclu des soins et je n'ai pas les moyens de payer de ma poche l'ambulance Bariatrique.

Mais à travers votre question, vous allez aider les 14000 handicapées en france qui a cause de cette situation sont obligés de renoncer aux soins qui leur sont prescrits. »

Je vous appelle pour une dame en situation d'obésité qui bénéficie de dialyses dans l'établissement où j'exerce comme assistante sociale. Elle doit être transportée en ambulance mais nous n'arrivons pas à obtenir la prise en charge du surcoût lié au transport bariatrique. Le fonds de secours de la caisse refuse d'assumer le reste à charge s'élevant à la somme de 9 980€. Que pouvons nous envisager ?

#### 4. Les difficultés avec les transporteurs

De nombreux témoignages font part de la difficulté à trouver un transporteur du fait de l'absence de visibilité de l'offre disponible.

Il s'agit aussi parfois de facturations jugées abusives mais aussi du refus de prise en charge de transports jugés non lucratifs ou d'annulations de transports.

Il s'agit parfois de problématiques de « monopoles » de sociétés de transports qui choisissent les transports les plus intéressants entraînant une véritable difficulté d'accès aux soins. Les conventionnements avec les établissements de santé ont entraîné un effort de compétitivité non surmontable pour des petites sociétés, dont beaucoup ont été rachetées par des grands groupes : un groupe de travail spécifique a été créé par notre délégation régionale en Pays de La Loire du fait de grosses difficultés sur la problématique des transports sanitaires.

Les transporteurs en situation de monopole font également pression sur les prescripteurs pour qu'ils prescrivent des transports en ambulance, plus rémunérateurs, alors que la situation médicale ne le justifie pas forcément.

Problématique importante en termes de qualité des prises en charges : horaires, délais, conditions d'hygiène non respectées, non accompagnement jusqu'au service, etc. Ces difficultés sont exacerbées par l'incitation aux transports collectifs, qui peuvent induire des trajets plus longs, fatigants, et des retards.

##### **Verbatims :**

*Une entreprise de transport (VSL) peut-elle décider de ne plus prendre en charge un patient? Dans l'affirmative, comment doit-elle le stipuler? Concrètement, mon père, âgé de 74 ans, atteint d'une maladie dégénérative du cerveau, se déplace de plus en plus difficilement. Il est pris en charge depuis plusieurs années par un kyné à raison de 2 jours par semaine. Depuis le début, c'est la même société de transport qui le transporte. A cela s'ajoutent 2 séances d'orthophoniste aussi véhiculée par la même société. Dernièrement, la responsable de la société nous a dit qu'elle ne pouvait plus le transporter les vendredis, prétextant un manque de temps et laissant sous entendre qu'il se déplaçait trop lentement. Nous avons compris que son objectif est de le transporter en ambulance (sûrement plus rentable et rapide). Nous avons refusé car il marche et que, comme lorsqu'il se rend à des rendez-vous médicaux à l'hôpital, un fauteuil roulant permet de se déplacer plus rapidement. Mes parents, vivant dans une zone rurale, ont du mal à trouver une autre entreprise de transport.*

*Au mois d'Octobre, une amie de 87 ans a eu recours à un VSL contacté par les urgences de Moulins Yzeures, pour un rapatriement à son domicile de Clermont-Ferrand. Ce rapatriement faisait suite à un malaise lors d'une visite à Souvigny. Les pompiers sont*

intervenues et ont emmené cette personne âgée de 87 ans aux urgences. Cette personne avait une prescription médicale de transport fournie par ces mêmes urgences. Le taxi n'a pas voulu prendre cette prescription et a demandé à la personne de régler (somme de 300€). Ce qui a été fait par chèque. La sécurité sociale a été contactée de ma part, et devait se mettre en rapport avec le taxi. Mais à ce jour, je n'ai toujours pas de solution à ce problème. Comment puis-je faire évoluer cette affaire ?

je suis en ald et j'ai beaucoup de rendez vous médicaux et je n'arrive pas à trouver de taxis conventionnés . Est ce que je peux prendre des taxis non conventionnés comme le conseille mon médecin et me faire rembourser ensuite

Mon cousin est entré en clinique pour se faire opérer du dos. On lui a fait une première opération puis 3 mois après une seconde. Après la 1ère, il se tenait debout. 3 mois après la 2ème opération, il ne tenait plus debout. Il a encore fait 2 autres opérations au niveau du dos: hernie discale et un problème de disque. Aujourd'hui, il ne bouge plus, il se fiât dessus. Il est totalement mutilé. On l'a renvoyé chez lui, où il vit au 4ème étage, sans ascenseur. Il ne trouve aucune ambulance qui ne souhaite se déranger pour venir le chercher. Sinon, on lui demande 150 euros. Je me demande aussi si on peut pas faire un truc contre ce chirurgien? Il l'a bien amoché!

Ma mère ne se sentait pas bien et nous avons appelé le samu qui a fait venir une société d'ambulance. Sur place considérant que le transport ne se justifiait pas ma mère n'a pas été amenée à l'hôpital mais demande la somme de 156€ pour leur déplacement. Est ce normal ?

Bonjour,

J'aurai aimé savoir si il pouvait exister une convention entre une mairie/un ccas et une entreprise de VSL s'il vous plait? En effet, quand des bénéficiaires âgés et porteurs de handicaps doivent se rendre à des rendez-vous médicaux, il est difficile d'obtenir un VSL de disponible. Il serait donc intéressant de travailler avec une entreprise spécifiquement afin d'obtenir des véhicules plus simplement et rapidement.

j'ai le droit a un taxi pour mes trajets mais il a annulé à la dernière minute. C'est légal ?

j'appelle pour ma mère Alzheimer elle cherche un VSL, je vois pas bien comment ça marche Elle va avoir trois rdv médicaux, le médecin nous a fournit trois documents, un pour son rdv d'orthophoniste, un autre pour le médecin et un pour l'hôpital de jour Quel organisme je dois joindre pour trouver un VSL correct? On voudrait pas se faire arnaquer

Bonjour , je ne sais si vos pouvez m'aider mais ma belle mère de 88 ans a été emmené par les pompiers aux urgences de Lariboisiere le 6 décembre au matin et est rentrée chez elle avec une ambulance l après midi . Ils l ont obligé à payer en liquide le transport en lui remettant une facture manuscrite et ne lui ont pas rendu sa carte vitale ni sa carte d'identité. Ils assurent que

*c est normal de payer en liquide et disent avoir rendu tous les papiers. Quel est mon recours possible*

## 5. Les difficultés des personnes en situation de handicap et d'obésité

L'insuffisance de l'offre de transports adaptés PMR et bariatrique, entraîne de fait des difficultés pour les personnes soit en termes de qualité soit en termes de restes à charge.

Des remontées du terrain nous alertent également sur un certain nombre de besoins de transports, sanitaires comme médico-sociaux, pour lesquels la législation est muette :

- suivi post-opératoire d'une personne accueillie en ESMS ne répond ni aux critères des transports médico-sociaux (transports collectifs), ni sanitaires,
- les soins courants hors ALD (ex. dentiste, gynécologie)
- les transports individuels ou de retour le week-end à domicile de résidents en MAS-FAM

Les personnes en situation de handicap utilisant un fauteuil roulant, notamment électrique (non pliable), sont très pénalisées dans l'utilisation et la prise en charge par l'assurance maladie des moyens de transports sanitaires.

Les moyens de transport pris en charge ne sont pas adaptés :

- VSL impossible à utiliser faute de pouvoir réaliser le transfert et/ou l'installation sur un siège de voiture ordinaire ;
- Ambulance obligeant à un transport couché inutile pour la personne et inutilement coûteux pour l'assurance maladie).

Dans les deux cas, l'emport du fauteuil roulant électrique est impossible. Cela prive alors la personne de son moyen d'autonomie et de déplacement pendant le temps des soins. Il peut s'agir de consultations spécialisées hospitalières et/ou d'hospitalisations de jour et entre l'attente et les soins c'est souvent de longues heures ou toute une journée que la personne doit rester sur un brancard ou une chaise roulante mal adaptée, qu'elle ne peut déplacer seule et sans ses moyens de prévention habituels (coussin anti-escarre).

A l'inverse, si la personne fait le choix d'un transporteur disposant d'un véhicule adapté pour le transport des personnes à mobilité réduite (TPMR) : elle peut être transportée dans de bonnes conditions (dans son fauteuil) et disposer de son moyen de déplacement et d'autonomie ensuite mais elle doit régler de sa poche un transport directement lié à des soins, souvent en lien avec l'ALD à l'origine de leur handicap (ex. soins dentaires spécialisés).

La multiplicité des financeurs et des règles de financement est forcément source de complexité :

- Selon l'objectif du transport pour un même lieu, il peut y avoir des financeurs différents : à titre illustratif, cela ne sera pas le même financeur si vous rendez visite à un malade à l'hôpital ou si vous y allez pour une consultation externe en lien avec votre ALD.
- Selon l'ESMS il peut y avoir potentiellement deux financeurs :
  - selon l'ESMS :
    - ainsi pour consulter un orthophoniste cela peut être pris en charge par le SESSAD si sa dotation globale le prévoit ou non.
    - pour les CAMSP cela relève de la Sécurité sociale
  - Le refus de financement lors de la période de fermeture d'un IEM pour des séances par exemple de kinésithérapeute (même interprétation que pour les soins complémentaires)

Une complexité des règles de prise en charge des transports sanitaires est également source de nombreuses difficultés pour les patients :

- un certain nombre de témoignage font état de découverte de facture une fois la prestation de transports réalisée sans qu'une information claire ait eu lieu
- la question du domicile qui parfois à la sortie d'une hospitalisation peut être celle d'un proche habitant souvent loin du lieu d'hospitalisation
- le refus par les professionnels de santé de les accompagner dans les demandes d'entente préalable
- le refus par les CPAM d'un certain nombre de remboursement (par ex. refus de payer le péage or c'est le parcours le plus court en temps), refus de trajet long or c'est le seul centre réellement accessible ...

#### **Situations de personnes en situation de handicap**

Cas d'une jeune fille de 17 Ans, taux d'incapacité supérieur ou égal à 50% et inférieur à 80% qui vit à Chalon sur Saône et qui a des soins au CHU de DIJON. Sa complémentaire santé accepte de prendre en charge le transport sanitaire pour les interventions chirurgicales mais pas pour les soins (RV anesthésiste, suivi d'opérations...).

Cas d'une femme de 45 ans avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50% et inférieur à 80% vivant dans le Lot et Garonne. Elle se retrouve seule et est complètement perdue face à l'ensemble des démarches administratives.

Compte tenu de son handicap et de sa pathologie, pour laquelle elle a un suivi à l'hôpital de Bordeaux, elle ne conduit plus. Elle vient d'annuler son RV car pas de solution de transport. Souhaite connaître ses droits...

Cas d'une femme en Isère

Cette personne n'arrive pas à trouver un transport sanitaire qui puisse lui permettre d'être véhiculée avec son fauteuil électrique pour se rendre à un rendez-vous médical.

Cas d'une femme dans le Finistère, taux d'incapacité supérieur à 80%

Une résidente (qui présente un IMC élevé) d'un foyer à Brest a un rendez-vous le mois prochain au centre de rééducation fonctionnelle du CHRU de Brest. La secrétaire de l'ambulancier contactée pour organiser le déplacement de la résidente nous informe d'un reste à charge de 100 euros non remboursable pour la prise en charge en « transport bariatrique ». Cette disposition semble nouvelle

(depuis janvier 2021 ?), pourriez-vous la confirmer et nous indiquer les mesures envisageables face à cette discrimination ?

Cas d'une maman nous interpellant pour son fils

Le petit garçon est âgé de 16 mois, il ne marche pas et ne parle pas. Il est atteint d'une hémiparésie droite (suite à un AVC). Il doit se rendre seul au centre de rééducation à raison de 3 matinées par semaine en ambulance couché sans accompagnant pour ensuite être déposé chez la nourrice pour être récupéré à 17h30 par les parents. Le centre qui accueille l'enfant impose désormais aux parents que celui-ci soit amené en VSL ou en taxi ambulance et non en ambulance couché. Après avoir contacté plusieurs sociétés de transport VSL et taxi ambulance, la plupart d'entre eux refuse de transporter des enfants non accompagnés. Ils transportent uniquement en VSL ou taxi ambulance des enfants pouvant être assis dans un rehausseur et en âge de marcher. Et pour d'autres sociétés, elles n'interviennent pas sur le secteur de la famille

Apparemment, dès qu'un enfant doit être porté, il doit être transporté en ambulance couché et non autrement. Mais le centre de rééducation ne veut rien entendre et reste sur sa position initiale, il effectuera des bons de transport VSL ou taxi ambulance et non en ambulance couché.

Le centre de rééducation a-t-il le droit d'imposer à la famille que son fils soit transporté en VLS ou taxi ambulance alors que l'enfant présente une incapacité nécessitant un transport avec portage donc en ambulance couché.

Y a-t-il un texte de loi qui préciserait que dès lors qu'un enfant doit être porté, celui-ci doit bénéficier d'un transport en ambulance couché ?

## 6. Les restrictions des permissions de sortie depuis le transfert de prise en charge aux établissements de santé

Nous avons eu des remontées nombreuses de restrictions de permissions de sortie, notamment pour les séjours de longue durée en SSR, depuis que la prise en charge des transports a été transférée aux établissements de santé. Si un droit de prise en charge a été créé pour les moins de 20 ans, de n'est pas le cas des adultes âgés de **plus de 20 ans** qui eux aussi ont des enfants, une vie familiale, une nécessité de réorganiser le retour au domicile.

## 7. La situation spécifique des Départements d'Outre-Mer et de la Corse

Les difficultés exposées se rencontrent également dans les départements d'outre-Mer, mais celles-ci sont démultipliées du fait des caractéristiques territoriales :

### - Dans les DOM :

#### **Intra-département :**

- Durée des prises en charge administratives par les CGSS : le patient est informé parfois le jour même de la prise en charge par la CGSS des coûts du transport
- Réseau de transports sanitaires insuffisants ou perfectibles altérant la prise en charge des patients :

- Absence d'annuaire référençant les transporteurs accessibles et sur quelles zones – cela pose notamment question dans les zones inaccessibles ou difficilement accessibles par voie terrestre (forêts guyanaises, cirques réunionnais, archipel...) – certains patients sont coupés de tout réseau de transports.
- Non équipement des véhicules de transports sanitaires de matériels de premiers secours
- Non-respect des convocations horaires par les transporteurs
- Non-respect des gestes barrières
- Aucune prise en charge prévue pour les maladies COVID +
- Système de « fidélisation » des patients par les transporteurs en échange de cadeaux

### **Transports DOM vers l'hexagone**

- Crainte de la possibilité d'accueil des patients par la France hexagonale et les autres DROM en cas de synchronisation des vagues épidémiques - quels moyens mis en place par les institutions, notamment dans les DROM ?
  - <https://www.ipreunion.com/coronavirus/reportage/2022/01/07/covid-19-mayotte-et-la-reunion-la-peur-de-la-double-vague-epidémique,145639.html>
- Durée des prises en charge administratives par les CGSS
- L'absence d'accompagnant familial notamment pour les mineurs
- Prise en charge des frais une fois en métropole / couverture des recettes perdues (arrêt maladie, perte d'emploi...)
- Reste à charge trop élevés et renoncement aux soins

### **- En Corse :**

#### **I. TRANSPORT SANITAIRE CORSE-CONTINENT**

Les transports sanitaires entre la Corse et le continent représentent environ 60 départs jours de Corse du Sud et 60 départs jours de Haute Corse. Ces déplacements s'effectuent à destination de MARSEILLE et NICE , considérées « bord à bord », condition sine qua none à la prise en charge par l'Assurance Maladie.

Il existe par ailleurs deux procédures distinctes de prise en charge par l'Assurance Maladie entre 2A et 2B ce qui génère incohérence et contestations.

En effet, la CPAM 2B a signé une convention avec la compagnie aérienne AIR CORSICA La CPAM 2A a intégré un dispositif expérimental mis en place par la CNAM ainsi que deux autres départements. La prise en charge des déplacements aériens se fait par l'intermédiaire d'un opérateur privé.

- Etant donné la taille de l'île, il serait judicieux d'harmoniser les procédures entre Haute Corse et Corse du Sud.
- Concernant la prise en charge des transports aériens, nous constatons que Marseille et Nice ne permettent pas la prise en charge de certaines pathologies :

Cas particuliers des patients nécessitant une prise en charge spécifique pour lesquels les prises en charge CPAM pourraient être étudiées au cas par cas.

Exemple : - Les centres de référence pour la Maladie de Huntington sont situés en région Parisienne et à Hendaye.

- Les personnes incluses en essai thérapeutique

## II. TRANSPORT SANITAIRE SUR L ILE

Des pénuries de moyens de transport sont régulièrement constatées en Corse, notamment le week-end où les établissements malgré le recours aux astreintes, ne peuvent procéder à des sorties de patient, ce qui n'est pas sans conséquence sur la disponibilité de lits. D'autre part, cette situation aboutit parfois au recours à un moyen de transport qui n'est pas adapté (ambulances – VSL – taxis).

La pénurie de transport concerne aussi plus spécifiquement des micro-régions très touristiques (extrême sud). Les transferts en établissement d'aval, les transferts vers les aéroports pour rapatriement sanitaire sont en très forte hausse du fait de l'affluence estivale et les moyens déployés sont insuffisants.

Il est constaté que le dispositif Mes Remboursements Simplifiés est méconnu du grand public, des usagers, et très peu proposé par les équipes soignantes.

La possibilité de mettre en place un coordonnateur ambulancier avait été évoquée mais non retenue.

A ce jour, cette proposition pourrait être pertinente d'autant que la mise en place du dispositif SAS pourrait redessiner l'offre de soins

## 8. Les difficultés de mobilité des personnes pour des soins courants sans prise en charge de transports

Certains soins, tels que les soins dentaires, les rendez-vous chez l'audioprothésiste, l'opticien...ne font pas l'objet d'une prise en charge des transports. Or, dans certains territoires sous-dotés, l'accès à ces professionnels peut être très compliqué, notamment pour des personnes ayant des difficultés de mobilité : personnes âgées, personnes en situation de handicap.

Cette absence de prise en charge des transports est une source de renoncements aux soins.

### II. Le recours aux transports en commun et aux véhicules personnels constitue-il une pratique répandue parmi les patients s'agissant du transport sanitaire programmé ? Est-il pertinent selon vous de développer ces types de transports, et si oui comment ?

Une des problématiques est la non prise en charge des transports individuels ou des transports en commun, lorsque le patient se rend seul à des consultations, certes peu éloignées du domicile mais de manière itérative :

Depuis les critères de remboursements renforcés des transports ALD en 2011, des patients qui avaient une prise en charge de leurs frais de transports pour se rendre à des consultations

par leur propres moyens, n'en ont plus désormais ( selon le référentiel de prescription des transports, hors hospitalisation, seuls les frais pour les structures situées à plus de 150km ou les transports en série (4 en 2 mois situées à plus de 50km), peuvent être prises en charge pour les patients en capacité de se rendre seuls à leurs consultations)

**Situation :**

Patiente atteinte de mucoviscidose ayant 1 séance de kiné respiratoire quotidienne 7/7 à 15km de son domicile, soit 30km aller-retour par jour soit 900km/mois : aucune prise en charge désormais, alors qu'avant 2011 ils avaient une prise en charge à 100% soit 270€/mois (900x0.30€/km) : pour un patient bénéficiant seulement d'une AAH à 900€ par mois cela représente un reste à charge très important !

Certains patients décident donc de se faire prescrire un transport professionnalisé accepté par le service médical du fait de la pathologie, ce qui entraîne donc un coût plus important pour l'Assurance maladie. Il serait donc utile **de permettre la prise en charge des transports individuels pour les situations de soins itératifs à proximité du domicile mais qui entraînent des frais importants.**

D'autres difficultés sont également remontées, notamment le ressenti différent des patients qui n'estiment pas être en capacité de prendre leur véhicule ou les transports en commun :

**Verbatims :**

*« On incite de plus en plus les patients à prendre leur véhicule personnel, mais demander à des patients fatigués de prendre la route c'est très risqué, un jour, il y aura un accident »*

*« Pour un greffé, même hors période de crise sanitaire, les conditions d'hygiène des transports en communs, le risque de voyager à côté d'une personne potentiellement contagieuse est trop important. De plus, par ces temps de Covid, il est absolument inenvisageable, pour raison médicale, de recourir aux transports en commun.*

*En cas de visite programmée, si tout va bien, le recours au transport personnel peut être envisagé pour des trajets courts. Par contre, il faut être sûr d'être en forme. Si toutefois je ne pouvais pas conduire car trop fatigué, il me serait impossible de trouver au dernier moment une compagnie de taxi/VSL qui m'emmènerait à l'hôpital. De plus, ça ne passerait pas au niveau administratif car on coche soit la case taxi/VSL soit la case véhicule personnel. Il faudrait pouvoir déjà cocher les deux cases pour avoir le choix de changer de mode de transport au dernier moment.*

L'appréciation individuelle de la situation pourrait être prise en compte au-delà de la capacité médicale stricte du patient à se rendre seul à une consultation : situations de patients ayant des risques infectieux et ne possédant pas de véhicule personnel / adaptation de la prise en charge pour motifs spécifiques.

- III. [La règle de la prescription d'un transport sanitaire par un médecin, et non par un professionnel du secteur paramédical ou un personnel administratif, vous semble-t-elle respectée dans la pratique ?](#)

Nous avons des retours attestant que les secrétariats et les travailleurs sociaux sont souvent positionnés pour l'établissement des bons de transports. Plusieurs analyses peuvent être faites :

- les médecins estiment qu'il s'agit d'actes administratifs, alors qu'il s'agit clairement et de plus en plus de prescriptions médicales
- les médecins se déchargent parfois de ces tâches pour ne pas avoir à prendre la responsabilité du refus de prise en charge, notamment au regard des contrôles de plus en plus importants de l'Assurance maladie et des objectifs de diminution des prescriptions.

II. Estimez-vous que le patient doit avoir le droit de choisir son mode de transport (ambulance, VSL, taxi), y compris lorsque le prescripteur estime qu'un autre mode serait plus adapté ? *Idem* s'agissant du transporteur ?

La question ne se pose pas en ces termes, la problématique étant plutôt l'adaptation du transport à la situation de la personne. Une plus grande souplesse devrait pouvoir être permise pour individualiser la prise en charge

Par ailleurs parfois le prescripteur et encore plus le patient, n'ont pas forcément le choix du transport, mais sont contraints par la pression du transporteur qui est en situation de monopole sur le territoire.

IV. De manière générale, quel regard portez-vous sur la qualité du transport sanitaire, programmé comme d'urgence, du point de vue des patients (temps de prise en charge, respect des horaires de rendez-vous, etc.) ?

Cf points au dessus : horaires, pas d'accompagnement, transports non adaptés, etc.

V. Que pensez-vous de la proposition de la Cour des comptes formulée en 2019<sup>2</sup> visant à augmenter la participation des patients au financement des transports sanitaires, notamment en instaurant un plafond annuel aux franchises relatives au transport de malades distinct de celui applicable aux autres franchises ?

Nous y sommes opposés, car comme indiqué, les restes à charge sur les frais de transports représentent un poste important de dépenses pour les personnes malades, et un motif important de sollicitations d'aides financières.

---

<sup>2</sup> Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, page 277, oct. 2019.

Le virage ambulatoire et le regroupement des services hospitaliers impliquent fatalement une dépense accrue en termes de frais de transports, il nous apparaît donc fortement préjudiciable de sanctionner les patients.

## VI. Quelles propositions formulez-vous afin d'améliorer le transport sanitaire programmé et d'urgence du point de vue des patients ?

1. En premier lieu un groupe de travail composé des différents acteurs : Professionnels et établissements de santé, transporteurs, Assurance maladie et représentants d'usagers, pourrait être mis en place avec comme premier objectif d'élaborer une enquête, à l'instar des travaux du NHS, sur la question des transports, avec une analyse de plusieurs dimensions : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/08/B0682-final-report-of-the-non-emergency-patient-transport-review.pdf>

Indicateurs NHS :

### 1. Réactivité

#### 1.1 Satisfaction, communication et sécurité des patients

A définir avec les assos de patients. Question toute simple :

Dans l'ensemble, quelle a été votre expérience de notre service ? catégories de réponses possibles :

- Très bonne,
- bonne,
- ni bonne ni mauvaise,
- médiocre,
- très mauvais, et
- ne sait pas

#### 1.2 Coordination et intégration

- nombre de patients jugés éligibles par rapport aux réservations demandées
- nombre de patients orientés vers le HTCS/autres formes de transport/systèmes de remboursement.

#### 1.3 Qualité et rapidité des déplacements

- Evaluer les temps d'attente et de trajet des patients, y compris une mesure des longues attentes
- Evaluer le volume des déplacements.

### 2. Équité

## 2.1 Utilisation des services et inégalités de santé

- Evaluer la raison du déplacement
- Evaluer les besoins et les caractéristiques des patients.

## 3. Durabilité

### 3.1 Durabilité environnementale

- la proportion de véhicules à émissions de CO2 ultra-faibles ou nulles.

### 3.2 Durabilité financière

Les indicateurs seraient à adapter au sein de ce groupe de travail. Dans un premier temps, une expérimentation avec des régions sélectionnées (incluant au moins un département d'outre-mer) pourrait être menée. Cette enquête permettrait d'avoir des résultats à large échelle des difficultés rencontrées, notamment par les usagers utilisateurs des transports sanitaires.

2. Afin d'améliorer la qualité des transports, et de fait des soins, il pourrait être envisagé d'intégrer une partie qualité en termes de financement des transports sur le modèle de l'incitation financière pour l'amélioration de la qualité (IFAQ) des établissements de santé<sup>3</sup>, et sur la base d'indicateurs spécifiques co-construits avec les différents acteurs : transporteurs, médecins, usagers. Cette démarche implique une réflexion de fond sur la tarification des transports.
3. Une mesure de la satisfaction continue des patients, sur le modèle d'e-satis<sup>4</sup> avec publication des résultats pour engager les transporteurs vers des actions vertueuses en termes de qualité de la prise en charge
4. Une simplification et clarification des règles de prise en charge et des démarches avec un assouplissement de celles-ci pour tenir compte des situations particulières évoquées (soins itératifs à proximité, structure plus éloignée mais plus pertinente, etc.)
5. Aujourd'hui les transporteurs ont une obligation d'un taux de VSL dans leur flotte, mais ceux-ci peuvent être immobilisés sans que cela ne remette en cause leur conventionnement. Il serait nécessaire qu'au-delà du nombre de véhicules disponibles un taux d'activité soit fixé au regard des critères populationnels, afin d'éviter le recours systématique au transport allongé plus rémunérateur mais pas forcément adapté.

---

<sup>3</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-dans-les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq>

<sup>4</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises)

Une obligation de proposer des transports adaptés à la situation du patient sans surcoût pour les pa

## A propos de France Assos Santé

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) dite France Assos Santé a été créée en mars 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire une représentation des usagers interassociative. Organisation de référence pour défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, sa mission est inscrite dans le Code de la santé publique (loi du 26 janvier 2016). Forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales (URAASS), elle regroupe près de 100 associations nationales et plusieurs centaines d'associations régionales qui agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. Elle forme les 15 000 représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.



[Défendre vos droits](#)

[Vous représenter](#)

[Agir sur les lois](#)