



ASSEMBLÉE NATIONALE

10ème législature

Frais d'appareillage

Question écrite n° 17519

Texte de la question

M. Gilbert Biessy attire l'attention de Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la sante et de la ville, sur les criteres adoptes par la securite sociale pour l'acces au remboursement des fauteuils motorises pour handicapes. En effet, le remboursement de ces equipements est prevu pour les seuls tetraplegiques, ou plus generalement les personnes qui ont le double handicap : membres superieurs, membres inferieurs. Ce critere ne prend malheureusement pas en compte les personnes agees ou souffrant de maladies chroniques des os, des cartilages et qui, d'une maniere generale, ne peuvent assurer une bonne motricite de leurs membres superieurs, et donc valablement se servir d'un fauteuil roulant ordinaire. Ce sont les personnes les plus demunies qui souffrent de cette question car il s'agit d'equipements particulierement couteux. Il lui demande quelles sont les intentions du Gouvernement en la matiere, notamment en termes d'intervention aupres de la securite sociale pour une evolution des criteres de remboursement de fauteuils motorises.

Texte de la réponse

Aux termes des dispositions de l'article R. 165-1 du code de la securite sociale, les fournitures et appareils medicaux peuvent etre pris en charge par l'assurance maladie lorsqu'ils sont inscrits au tarif interministeriel des prestations sanitaires (TIPS), par arrete interministeriel pris apres avis de la Commission consultative des prestations sanitaires (CCPS). La CCPS peut estimer necessaire de limiter l'inscription de certains materiels a des indications medicales precises. Ainsi, l'attribution de fauteuils roulants electriques est exclusivement reservee aux handicapes presentant simultanement une atteinte motrice definitive des membres superieurs et d'au moins un membre inferieur les mettant dans l'incapacite d'utiliser un fauteuil roulant ordinaire. Les contraintes actuelles de l'assurance maladie ne permettent pas d'envisager une extension de ces indications a d'autres pathologies ou categories de patients. Neanmoins, les caisses primaires d'assurance maladie ont la possibilite de prendre en charge tout au partie de ce type de depense sur leur fonds d'action sanitaire et sociale apres examen de la situation de l'assure et dans le cadre des prestations extra-legales.

Données clés

Auteur : [M. Biessy Gilbert](#)

Circonscription : - COM

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 17519

Rubrique : Assurance maladie maternite : prestations

Ministère interrogé : affaires sociales, santé et ville

Ministère attributaire : affaires sociales, santé et ville

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 8 août 1994, page 3966

Réponse publiée le : 17 octobre 1994, page 5144