



ASSEMBLÉE NATIONALE

17ème législature

Entraves à l'effectivité de la prise en charge intégrale des fauteuils roulants

Question écrite n° 15453

Texte de la question

Mme Élise Leboucher appelle l'attention de Mme la ministre déléguée auprès de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée de l'autonomie et des personnes handicapées, sur les difficultés qui persistent et entravent l'effectivité de la prise en charge intégrale du financement d'un fauteuil roulant pour les assurés sociaux devant recourir à cet appareillage médical. Le principe de remboursement intégral par l'assurance maladie de tous les types de fauteuils roulants est entré en vigueur le 1er décembre 2025. Cette réforme faisait suite à la promesse du Président Emmanuel Macron qui lors de la 6e Conférence nationale du handicap du 23 avril 2023 avait annoncé vouloir assurer le droit effectif à la mobilité pour toutes les personnes en situation de handicap, en faisant évoluer la législation pour qu'aucun reste à charge et aucune avance de frais ne continuent à être nécessaires lors de l'acquisition d'un fauteuil. Cet objectif a été concrétisé par la proposition de loi portée par le député Sébastien Peytavie, adoptée à l'unanimité à l'Assemblée nationale le 3 décembre 2024. Les arrêtés ministériels des 6 février, 31 mars et 10 octobre 2025 sont venus préciser les modalités d'attribution et de prise en charge. Cette réforme devait constituer une avancée majeure pour l'accès aux aides à la mobilité en mettant fin aux obstacles financiers et administratifs. Elle a suscité un immense espoir pour les 1,1 million d'utilisateurs de fauteuils roulants dénombrés en France ainsi que pour les personnes en perte de mobilité qui pourraient être concernées dans un avenir proche par le besoin d'acquisition de ce matériel médical. Obtenir un fauteuil roulant nécessitait en effet l'accomplissement d'un véritable parcours du combattant entaché par des démarches fastidieuses, des délais interminables et des coûts trop élevés, ce qui conduisait de nombreuses personnes à renoncer à un équipement pourtant essentiel à leur autonomie. La réforme visait à mettre fin à cette injustice par l'instauration d'un principe de prise en charge intégrale des fauteuils manuels, électriques, spécifiques, modulaires et sportifs par un seul financeur, l'assurance maladie. Elle visait aussi à simplifier les démarches grâce à la création d'un guichet unique de gestion des dossiers devant permettre un accès plus rapide aux fauteuils roulants. Toute demande devant sur le principe, recevoir une réponse sous deux mois, à défaut de quoi elle est automatiquement validée. Enfin, la réforme entendait améliorer le champ de l'accès aux équipements en rendant éligible à la prise en charge intégrale, l'adjonction d'options supplémentaires sur les fauteuils qui seraient reconnues comme une compensation d'une situation de handicap en lien avec les besoins spécifiques des personnes. Cependant, de nombreux témoignages d'assurés sociaux, d'entreprises fabricantes ou d'acteurs du handicap font état de multiples obstacles qui continuent d'entraver l'accès à un fauteuil adapté pris en charge à 100 %. La Fédération des prestataires de santé à domicile, l'Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux et l'Union des prestataires de santé à domicile indépendants soulignent la persistance d'obstacles bureaucratiques et financiers annulant les objectifs ambitieux de la réforme. La mise en œuvre des remboursements est catastrophique. La sélectivité des CPAM dans l'évaluation des besoins médicaux est si forte qu'environ 60 % des demandes d'autorisations préalables se trouvent rejetées. Et pour les demandes admises, plus de 40 % sont ensuite frappées d'un refus de paiement, ce qui vient aggraver la situation économique des usagers et engorge totalement le circuit de prescription. De tels blocages se répercutent gravement sur les entreprises du secteur, qui doivent assurer la production attendue et fournir les fauteuils commandés sans être rémunérées, épuisant ainsi leur trésorerie et faisant craindre que les commandes ne puissent à terme plus être honorées. La nomenclature des montants de remboursement est aussi insuffisante. Si elle prévoit une augmentation de la base de remboursement (2 600 euros pour un fauteuil manuel et 18 000 euros pour un électrique), elle instaure un plafond du même montant, ce qui empêche le remboursement à 100 % des modèles aux tarifs supérieurs. Or

la majorité des fauteuils utilisés au quotidien dépassent ces seuils, notamment les fauteuils spécifiques sur mesure, motorisés ou encore munis d'une troisième roue et qui sont conçus pour répondre aux besoins spécifiques des personnes. Cela écarte donc une large partie des personnes concernées de la prise en charge intégrale. En matière de location de fauteuils, la base de remboursement est inférieure au coût réel de mise à disposition, ce qui entraîne un reste à charge ou une dépendance aux complémentaires de santé régulièrement récalcitrantes à verser les compléments de prise en charge. En termes de délais, le parcours d'attribution demeure long, en raison des difficultés pour obtenir les rendez-vous avec une équipe pluridisciplinaire ou un ergothérapeute, dont l'intervention est pourtant indispensable dans l'évaluation des besoins. L'obligation d'essai de deux fauteuils durant 7 jours vient aussi allonger la procédure. Enfin, la procédure de demande d'accord préalable auprès de la CPAM peut régulièrement dépasser les deux mois ce qui prolonge encore les délais d'accès à l'équipement. Enfin, pour les personnes âgées en sortie d'hospitalisation, la réforme à l'inverse de son objectif, est venue complexifier la situation. Avant, celles-ci recevaient une prescription médicale en sortie d'hospitalisation qui précisait les besoins spécifiques et la nature du fauteuil nécessaire, suite à quoi ces personnes pouvaient directement avoir accès à une prise en charge et obtenir leur fauteuil auprès d'un distributeur conventionné. Avec la réforme, la prescription médicale doit maintenant être transmise au distributeur qui a la charge d'évaluer les besoins, suite à quoi la personne doit retourner voir son médecin pour remplir une attestation de plusieurs pages. Le distributeur est ensuite obligé de proposer deux essais de fauteuils avant qu'enfin la demande de prise en charge puisse être formulée auprès de la CPAM. Cela peut conduire à un délai de 8 mois, ce qui est inadapté pour ce type de publics qui au regard de leur situation médicale et de leur âge ne peuvent attendre une telle durée pour enfin accéder à un fauteuil roulant. Le 11 février 2026, Mme la ministre a réuni un comité de pilotage qui devait s'assurer du suivi de la mise en œuvre de la réforme, contrôler l'effectivité du respect de ses objectifs et proposer des ajustements si nécessaire. Cependant, ce comité s'est cantonné à délivrer des effets d'annonce sans apporter de réponses réelles et précises aux différents points de blocage mentionnés. Aussi, Mme la députée souhaite interroger Mme la ministre pour connaître le détail des mesures qu'elle envisage de mettre en œuvre pour garantir l'effectivité de la prise en charge intégrale de l'accès aux fauteuils roulants et ce pour tous les publics, en réorganisant le traitement des demandes par l'assurance maladie pour réduire les délais, augmenter les plafonds de prise en charge et lever les obstacles administratifs qui demeurent. Elle souhaite également connaître les décisions qu'elle entend mettre en œuvre pour soutenir et accompagner les entreprises.

Données clés

Auteur : [Mme Élise Leboucher](#)

Circonscription : Sarthe (4^e circonscription) - La France insoumise - Nouveau Front Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 15453

Rubrique : Personnes handicapées

Ministère interrogé : [Autonomie et personnes handicapées](#)

Ministère attributaire : [Autonomie et personnes handicapées](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 26 mai 2026