

Le problème de la double prise en charge est récurrent.

1) Voir d'abord la page de Pierre Baligand qui résume la situation légale.
<http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page47.htm>

2) Sur un forum, on trouve cette réponse intéressante d'une orthophoniste

Je confirme en tant qu'ortho : les doubles prises en charges CMPP/libéral sont interdites. Le risque n'est pas pour les parents, mais pour l'ortho : si la sécu (c'est déjà arrivé) décide d'appliquer la loi, elle demande à l'ortho le remboursement des séances effectuées (en fait elle bloque les paiements pour tous les patients en cours de l'ortho jusqu'à remboursement de l'indû, ce qui fait que le temps de se tourner vers un tribunal pour avoir un recours, l'argent ne rentre pas. Beaucoup d'orthos ne sont pas au courant de ce risque ; celles qui le sont ne le prennent en général pas) Ici (mais ça dépend des départements), le consensus avec la sécu c'est que si la prise en charge ortho était préalable à celle au CMPP, on peut continuer (pour ne pas casser le lien thérapeutique déjà en place). Dans l'autre sens personne ne s'y risque.

Par contre, les doubles prises en charge CAMSP/libéral sont autorisées (on essaie d'obtenir le même accord pour les CMPP depuis des années, mais pour l'instant ça ne bouge pas).

3) Voir enfin l'analyse d'une décision de la Cour de Cassation. J'ai mis en gras la conclusion, fort pertinente.
<http://avocats.fr/space/olivier.poinsot/tag/ehpad>

"double prise en charge" de l'orthophonie

Dans un arrêt récent ([GRENOBLE, Ch. Soc., 17 janvier 2008, Association ARIST c/ CPAM de l'Isère, n° 06/04254](#)), une Cour d'appel a dit pour droit que des séances d'orthophonie réalisées en libéral en complément de celles pratiquées dans un SESSAD sont, dès lors qu'elles sont distinctes du type de prise en charge assuré par le service, opposables à la sécurité sociale sans pour autant qu'il y ait "double prise en charge".

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000018436499&fastReqId=829202429&fastPos=1>

Les faits

Un enfant atteint de plusieurs déficiences (important retard de parole et de langage, avec troubles phasiques, une dyspraxie constructive et visuelle ainsi que des difficultés motrices) bénéficie d'une prise en charge à domicile par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). A ce titre, il participe chaque semaine à une séance d'orthophonie devant compenser les effets de sa déficience intellectuelle, le service ayant été agréé au titre de cette spécialité.

Le 30 octobre 2004, le médecin traitant de l'enfant prescrit, indépendamment de la prise en charge institutionnelle, la réalisation de trente séances de rééducation orthophoniques qui seront effectuées par une orthophoniste libérale.

La sécurité sociale refuse de prendre en charge le remboursement des feuilles de soins qui lui sont adressées par la famille. Cette dernière saisit alors la commission de recours amiable qui rejette sa contestation, puis le Tribunal des affaires de la sécurité sociale (TASS). Le juge du premier degré donne raison à la famille au motif que les séances suivies en libéral ne constituent pas des soins courants correspondant à la destination du SESSAD, c'est-à-dire des soins nécessités par l'affection ayant motivé

la prise en charge de l'enfant par l'établissement ; il s'agit de soins en relation avec des problèmes moteurs, oculaires et praxiques exigeant le recours à des techniques et supports particuliers que l'établissement dont la spécificité est la prise en charge d'enfants présentant une déficience intellectuelle, ne propose pas.

La CPAM interjette alors appel.

La solution de la Cour d'appel

Réglant une question de recevabilité de l'appel qui n'appelle pas de commentaire particulier, la Cour s'attache ensuite à déterminer si les séances d'orthophonie réalisées en libéral sont en relation avec la déficience pour laquelle l'enfant est pris en charge par le SESSAD. Elle prend alors en considération deux courriers, l'un adressé par le médecin du SESSAD au médecin-conseil de la sécurité sociale, l'autre destiné au TASS par l'orthophoniste libérale, desquels il ressort que l'enfant nécessitait une prise en charge orthophonique complémentaire à celle effectuée dans le service en utilisant d'autres supports (musique-ordinateur) et que ces séances extérieures semblaient très bénéfiques en ce qu'elles mobilisaient des techniques (comptines en musique facilitant l'évocation et la fluence, recours à un ordinateur non proposé à l'école ni au SESSAD pour accéder plus facilement à la lecture et surtout à l'écriture) propres à combattre les problèmes praxiques liés au déficit neurologique.

La Cour conclut de ces circonstances que la prise en charge par l'orthophoniste libérale n'était pas assurée au SESSAD. Par suite, elle confirme en tous points le jugement du TASS et déboute la CPAM de l'appel.

L'intérêt de l'arrêt

S'agissant de la problématique - classique - dite de la "double prise en charge", la solution proposée par la Cour d'appel de GRENOBLE est tout à fait conforme à l'état du droit, bien que la motivation de l'arrêt soit erronée s'agissant de la référence au défunt décret du 24 mars 1988 qui avait été remplacé par les dispositions des articles R. 314-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF) à l'époque des faits.

L'article R. 314-26, 2° du CASF exclut en effet des charges imputables au tarif d'un établissement ou service social ou médico-social - les EHPAD exceptés - les soins médicaux et paramédicaux liés au traitement d'une affection intercurrente.

En l'espèce, la Cour a pris un soin particulier à vérifier si la prise en charge libérale avait le même objet que la prise en charge institutionnelle. Elle a également voulu s'assurer que les techniques et matériels mobilisés par le professionnel de santé libéral n'étaient pas disponibles dans le SESSAD. A partir de ces deux constats, procédant à une appréciation souveraine des faits, elle a qualifié juridiquement les interventions de l'orthophoniste libérale d'actes répondant aux besoins de traitement d'une affection intercurrente ou, plus précisément, d'actes utiles à la compensation d'un handicap dont la prise en charge ne relevait pas de la spécialité au titre de laquelle le SESSAD avait été agréé : le besoin portait sur des problèmes moteurs, oculaires et praxiques alors que le service avait été autorisé pour la prise en charge de la déficience intellectuelle.

L'intérêt pratique de cet arrêt réside dans l'invitation qu'il lance aux professionnels potentiellement concernés par la problématique de la "double prise en charge" : il est essentiel de se préconstituer des moyens de preuve de ce que l'intervention d'un professionnel de santé libéral porte sur des besoins distincts de ceux auxquels l'établissement peut répondre compte tenu de sa mission d'une part, de ses moyens et choix techniques d'autre part. En l'espèce, cette préconstitution de la preuve résultait notamment d'un courrier adressé par le médecin du SESSAD au médecin-conseil de la sécurité sociale ; il semble que celui adressé au TASS par l'orthophoniste ait été plus déterminant encore. Il paraît donc opportun de veiller à ce que toute prise en charge complémentaire soit engagée au su de

l'établissement et que professionnels et parents fassent converger leurs démarches dans une perspective partagée par le professionnel de santé extérieur.

Danièle Langloys