

Résidents Qui doit payer les aides techniques ?

Restrictions budgétaires obligent, Sécurité sociale et établissements se renvoient de plus en plus souvent la responsabilité du financement des aides techniques. La réglementation établit pourtant clairement le périmètre de leurs interventions respectives.

Martial devra patienter avant de pouvoir acheter un fauteuil électrique. Toute la semaine, il utilise un fauteuil roulant manuel dans l'établissement où il vit. Mais lorsqu'il rentre chez ses parents, le week-end et durant les vacances, il aurait besoin d'un modèle électrique afin d'être plus autonome. Le problème, c'est que sa caisse d'assurance maladie refuse de le financer, au motif que c'est à l'établissement dont il dépend de prendre cette dépense à sa charge.

LES CAS OÙ C'EST LA SÉCU QUI PREND EN CHARGE

La réglementation est pourtant claire. Si les aides techniques des résidents doivent être payées par leur établissement, l'article R314-26 du Code de l'action sociale et des familles prévoit une exception à ce principe général : « *Les dépenses afférentes aux équipements individuels qui compensent les incapacités motrices et sensorielles, lorsqu'ils sont également*

utilisés au domicile de la personne accueillie ou qu'ils ne correspondent pas aux missions de l'établissement ou du service. »

Autrement dit, Martial est dans son bon droit lorsqu'il s'adresse à sa caisse d'assurance maladie pour lui demander de financer un fauteuil roulant électrique, adapté à ses besoins et qu'il utilisera chez lui. « *En revanche, toutes les aides techniques ne rentrant pas dans le cadre de l'article R314-26 doivent être prises en charge par l'établissement* », précise Julie Charpin, conseillère technique au service juridique de l'APF.

Ce qui n'est pas toujours le cas. En raison des restrictions budgétaires, de plus en plus de structures tendent à en faire financer certaines – les lits médicalisés, entre autres – par l'assurance maladie des résidents. Et, par manque de vigilance, la caisse d'assurance maladie de ces derniers accède souvent à ces demandes. Ce qui peut poser problème à l'usager qui aura besoin à domicile, pour les week-ends et vacances ou après sa sortie définitive, d'une aide technique du même type : la caisse risque alors de refuser le financement, au motif qu'elle leur en a déjà accordé un. Pour reprendre l'exemple du lit médicalisé, la liste des produits et prestations remboursables prévoit en effet que, sauf exception, un seul peut être pris en charge par période de cinq ans. ●

■ Texte Franck Seuret / Photo Sébastien Le Clézio

Des recours possibles

Si la caisse d'assurance maladie refuse la prise en charge d'une aide technique :

- au motif que c'est à l'établissement de le financer : si cette aide technique (un fauteuil, par exemple) est destinée à être utilisée au domicile, vous pourrez saisir la commission de recours amiable dans les deux mois qui suivent la notification. En cas de nouveau refus, vous pourrez contester la décision auprès du tribunal des affaires de la Sécurité sociale ;
- au motif qu'elle a déjà financé la même aide technique : elle est dans son bon droit. S'il s'agit d'une sortie définitive, vous devrez alors demander à l'établissement de vous laisser emporter l'aide technique en question (lit médicalisé, par exemple).

Le service juridique de l'APF peut vous épauler dans vos démarches.

Contactez votre délégation.

