

# Rôle du médecin-conseil hospitalier dans la prise en charge pluridisciplinaire du douloureux chronique en Centre de Traitement de la douleur

A. Sankalé-Delga<sup>1</sup>, J. Nizard<sup>2</sup>, F. Benkara<sup>1</sup> et Y. Lajat<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service Médical de l'Assurance Maladie, Caisse Primaire de Nantes

<sup>2</sup> Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nantes

**Résumé** Depuis 2000, le médecin-conseil, affecté aux services de court séjour du CHU de Nantes, participe à l'équipe du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD). Il remplit une fonction d'interface entre les objectifs de soins de la structure hospitalière et les modalités de la protection sociale de l'assurance maladie. Le patient ayant l'initiative de la rencontre, il ne demande ici que des informations. Celles-ci peuvent participer à l'élaboration de ses perspectives d'avenir. Elles entrent, en complément des autres composantes, dans les données sur lesquelles s'appuiera l'alliance thérapeutique proposée par l'équipe du CETD.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) dit régime général, couvre en moyenne 75% des assurés sociaux aux côtés de la mutualité sociale agricole (Msa) et de l'assurance maladie des professions indépendantes (AMPI). Il existe, par ailleurs de nombreux régimes catégoriels.

Le régime général prend en charge une partie des frais médicaux et paramédicaux de tous les malades affiliés. Les maladies graves relèvent de prestations spécifiques pouvant comporter une prise en charge à 100% de tous les coûts. Il existe par ailleurs des compensations financières à l'interruption du travail provoquée par la maladie. Celles-ci sont proportionnelles à l'incapacité à laquelle se trouve réduite le malade. Les modalités d'attribution de ces prestations forment un ensemble complexe. Il est utile de les expliciter lorsque les malades le demandent, surtout lorsque leur incompréhension joue un rôle d'épine irritative pouvant participer à la permanence de la douleur chronique et de ses conséquences socio-professionnelles.

**Mots-clés:** Assurance maladie, prestations, prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique.

**Summary** Since the year 2000, a social security doctor assigned to short-stay units of the Nantes Teaching Hospital has participated in the Multidisciplinary Pain Centre (MPC) team, providing an interface between the care objectives of the MPC and the modes of social protection of health insurance. The patient initiates the meeting with the doctor, and the information requested by the latter can contribute to determining the future perspectives of the patient. This information, in addition to other components, is included in the data on which the therapeutic alliance proposed by the PTC team is based.

The National State Health Insurance Office under the general system for salaried workers covers around 75% of contributors. The other major systems are for agricultural workers and liberal professions and the self-employed. In addition, there are various systems for particular socio-professional categories.

The general system reimburses part of the medical and paramedical costs of all affiliated patients. Severe diseases are subject to specific benefits that can cover up to 100% of all costs. Moreover, financial compensation can be obtained for loss of work time due illness. This compensation is proportional to the degree of disability of the patient. The methods of attributing these benefits form a complex system. It is useful to provide explicit information at the request of patients, especially when their lack of understanding is a disturbing factor that could prolong their chronic pain and its socio-professional consequences.

**Key-words:** Health insurance, benefits, multidisciplinary management of chronic.

## Introduction

Depuis 2000, le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes a proposé au Service Médical de l'Assurance Maladie, la participation à son équipe d'un médecin-conseil. Le praticien, en poste dans l'établissement, est naturellement devenu le parte-

naire spécifique de cette activité. Il y trouve un grand intérêt. Le désir d'explication des positions adoptées par l'assurance maladie, le rôle d'interface entre les univers du soin et de la protection sociale prennent tout leur sens dans une fonction d'accompagnement de la structure hospitalière mais aussi des malades. Il participe régulièrement aux staffs de l'équipe pluridisciplinaire, rencontre, à la demande, les patients qui souhaitent un dialogue avec lui et rend compte de son point de vue au responsable du centre, mais aussi souvent, avec l'accord du patient, au médecin conseil du patient.

Correspondance: Dr Anita Sankalé-Delga, médecin conseil, Service médical de l'Assurance Maladie, 9 rue Gaetan Rondeau, F-44000 Nantes. E-mail: anita.sankale@elsm-nantes.cnamts.fr

## Pourquoi intégrer la participation du médecin-conseil? (1)

### Pour la complexité du système

- Parce que les **possibilités de prise en charge** par la sécurité sociale sont parfois insuffisamment lisibles par les soignants. La législation de la protection sociale est constituée de règlements adoptés successivement, pour répondre à des besoins évolutifs. Il en résulte un ensemble complexe pour un œil non averti.
- Parce qu'elles émanent de personnes différentes, les médecins-conseils des différents régimes, et qu'elles reflètent quelquefois des sensibilités différentes.

### Pour rassurer les patients

Les affections douloureuses comportent une part de **vécu propre à chaque patient**, variable de l'un à l'autre et variable pour un même patient selon des facteurs environnementaux et selon ses aptitudes personnelles.

Cette part subjective est difficilement communicable.

Pendant longtemps, les patients ont pu croire l'institution « sécurité sociale » sourde à leur souffrance. Seuls ou parfois au sein d'associations, ils ont pu se sentir en position de victimes.

La présence d'un médecin-conseil dans l'équipe pluridisciplinaire est une offre de familiarisation avec l'interlocuteur habituellement distant, dont la décision est redoutée. Une écoute, une explication, un débrouillage de situation vécue comme conflictuelle peut amorcer une autre perception de cette institution, **mettre en lumière les prestations qui ne sont pas remises en cause et faire diminuer la personnalisation de la difficulté.**

L'intérêt pour l'équipe soignante est d'essayer de supprimer une épine irritative, qui peut participer de la pérennisation de la plainte.

### Pour favoriser une réinsertion sociale

C'est un point essentiel. La claire information des patients sur leurs droits et sur les limites de ces derniers est censée leur fournir une lisibilité de leur propre avenir, et pouvant leur permettre d'y inscrire à nouveau des perspectives sociales.

Cet horizon précisé, les objectifs arrêtés en commun avec l'équipe soignante s'inscriront, selon les cas, dans une perspective de reprise de travail, ou dans une poursuite de l'arrêt maladie avec des objectifs de qualité de vie.

### Pour participer à l'alliance thérapeutique

L'information de l'équipe pluridisciplinaire sur la situation du patient au regard de l'assurance maladie, sur les perspectives, voire sur les points de vue des interlocuteurs institutionnels, permet de préciser le champ du possible. Seront fournis au médecin pilier de l'équipe pluridisciplinaire, des éléments sur lesquels baser le contenu de cette alliance thérapeutique qui contribueront à la définition **d'objectifs réalistes**. Ils lui permettront de préciser au patient son aide pour l'obtention des prestations sociales.

Dans les cas d'affections d'évolution longue, des prestations spécifiques sont prévues par les caisses d'assurance maladie. Il peut être précieux pour l'équipe soignante de vérifier auprès du médecin-conseil que l'état du patient permet le bénéfice de telle ou telle prestation et d'être confortée dans l'orientation qu'elle propose.

## Qui sollicite le médecin conseil hospitalier au CETD

### • Le patient douloureux chronique, le plus souvent lors d'une hospitalisation

Pour les raisons indiquées ci-dessus, il paraît judicieux de laisser le patient solliciter lui-même un entretien avec le médecin conseil hospitalier, qui apparaît alors comme un acteur à part entière de son projet de réinsertion, et peut contribuer à l'aplanissement de conflits déléteurs.

Au Centre de Traitement de la Douleur, le rôle du médecin conseil, et le moyens de le solliciter, en passant par l'équipe soignante, sont explicités dans le livret d'accueil du patient.

- **L'équipe soignante** peut elle-même choisir de solliciter le médecin conseil, par exemple lorsque le patient paraît « s'accommoder » d'un arrêt de travail prolongé, notamment dans le cadre d'un accident du travail (AT), qui apparaît déléteur à l'équipe. Dans ce cas, il convient naturellement d'aider le patient à s'approprier cette démarche, en lui suggérant que la clarification, qu'il aura lui-même favorisée, de la durée prévisible/acceptable de son arrêt, ou de la date de sa consolidation en AT, peut l'aider à rendre son projet de réinsertion plus réaliste/crédible, de son point de vue comme de celui de l'assurance maladie.

## Que propose l'Assurance Maladie? (régime général) (2)

Les assurés sociaux affiliés au régime général des travailleurs salariés et leurs ayants droit (personne assurée de leur fait) bénéficient d'un ensemble de prestations qui ont pour but:

- de couvrir une partie des frais médicaux et paramédicaux: ces prestations sont appelées « prestations en nature »;
- de compenser la perte de gain due à la réduction ou à l'arrêt de travail de l'assuré: ce sont « les prestations en espèces ».

### Des prestations en nature pour tous les bénéficiaires

Les frais médicaux et paramédicaux engagés par les malades sont remboursés en partie, entre 35 et 80% selon les soins. Un « ticket modérateur » reste à la charge des malades. Les assurés peuvent avoir une assurance complémentaire (ou mutuelle) qui prendra en charge ce ticket modérateur.

### Des prestations en nature spécifiques pour les maladies d'évolution prolongée

Tout bénéficiaire présumé atteint d'une affection de longue durée, c'est-à-dire laissant prévoir:

- des soins continus
  - et/ou un arrêt de travail
- } d'une **durée égale ou supérieure à 6 mois**

doit (à sa demande ou à l'initiative de la caisse) bénéficier d'un d'examen spécial. Un protocole dit « protocole d'examen spécial » (PES) est établi par le médecin traitant

et par le médecin-conseil. Il décrit l'affection en cause et le programme thérapeutique correspondant.

- En cas d'accord entre les deux parties, ce protocole ouvre le bénéfice de «**l'affection de longue durée**» ou **A.L.D.**

➤ Les avantages pour le bénéficiaire sont :

- la participation de la caisse à la prise en charge des transports ;
- le bénéfice des indemnités journalières au delà de 6 mois ;
- la suppression du délai de carence en cas d'arrêts de travail successifs pour une même maladie.

Par ailleurs, la reconnaissance de l'A.L.D. peut s'accompagner, à la demande du médecin traitant, de **l'exonération du ticket modérateur**, dans trois cas :

a) l'affection appartient à une liste limitative de 30 maladies sous réserve de caractères de gravité :

l'exonération du ticket modérateur est attribuée pour une «**A.L.D. 30**» ;

b) le malade est reconnu atteint d'une forme évolutive et invalidante d'une affection grave caractérisée (chaque terme ayant une importance) :

l'exonération du ticket modérateur est attribuée pour une «**A.L.D. hors liste**».

c) ou le malade peut présenter un état pathologique invalidant, en raison de l'association de plusieurs affections caractérisées (incluant ou non une ou plusieurs affections liste ou hors liste) :

l'exonération du ticket modérateur est attribuée pour «**polypathologie**».

Dans ces trois situations, l'exonération du ticket modérateur peut être demandée avec l'A.L.D, qui est une condition nécessaire.

➤ avantages pour le bénéficiaire :

- **prise en charge à 100%** par l'assurance maladie de tous les frais médicaux, paramédicaux et des transports liés à la maladie exonérante.

### Les prestations en espèces

Elles compensent en partie la perte de revenus d'un assuré, résultant de la maladie. Elles consistent en :

- indemnités journalières versées pendant une durée maximale de trois ans pour une affection déterminée ; ou en
- invalidité : pension servie par la caisse quand un assuré a perdu sa capacité à effectuer un travail quelconque.

Il existe trois niveaux d'invalidité, correspondant à des prestations de montant différent :

- le patient, bien que diminué, conserve une aptitude à exercer une activité professionnelle réduite : il est mis en **invalidité catégorie 1** ;
- il n'est plus en mesure d'exercer un quelconque travail : il relève de **l'invalidité catégorie 2** ;
- il a besoin d'une tierce personne pour l'aider dans les actes essentiels de la vie, il peut bénéficier d'une invalidité de catégorie 3 (catégorie 2 + majoration de tierce personne).

Les prestations brièvement exposées ici, qui sont limpides pour un médecin-conseil, représentent un labyrinthe pour le profane qu'est le plus souvent le malade.

Par ailleurs, la décision prise par le praticien-conseil au service médical près de la caisse, est parfois reçue comme une atteinte personnelle, aux effets psychiques délétères.

### Conclusion

La visite d'un médecin-conseil hospitalier au lit du patient, voire plus rarement une rencontre dans son cabinet, est un temps d'échange, de compréhension et d'information. Outre l'ouverture d'un dialogue, le médecin-conseil hospitalier est quelquefois amené à réaliser une didactique du refus, une explication. Il invite le malade à demander à sa caisse, les prestations qu'elle peut offrir plutôt que celles qui ne pourront aboutir à un accord.

Il s'agit d'aider le patient douloureux chronique à choisir la voie qui peut s'ouvrir plutôt que celle qui est fermée ; d'exercer un rôle d'accompagnement.

### Bibliographie

1. *Donceel P. et Du Bois M.*: Influence d'une politique active du médecin-conseil sur la réintégration professionnelle. Incapacité de travail après cure chirurgicale pour hernie discale lombaire. *Rev. Méd. de l'Assurance Maladie* 33 (1), 5-14, 2002.
2. *Union des Caisses Nationales de Sécurité sociale (Ucanss)*: Code de la Sécurité Sociale 2002.

Page 186  
Avis aux abonnés