

7. ANNEXES

Annexe I

Questions-Réponses -----100

Annexe II

L'expert judiciaire : fiche pratique -----108

Annexe III

L'infirmier expert judiciaire -----110

Annexe IV

Barème indicatif d'invalidité UCANSS -----111

Annexe V

Liste des 30 affections de longue durée -----117
fixée par le code de la sécurité sociale

ANNEXE I : QUESTIONS - RÉPONSES

La prescription en dehors des indications de l'AMM est-elle interdite par la loi ?

Qu'en est-il de la responsabilité des professionnels de santé lorsqu'ils prescrivent des traitements aux patients « hors AMM » c'est-à-dire en dehors des indications validées ? Les praticiens sont-ils hors la loi, et si tel est le cas, qu'en est-il sur le plan de la responsabilité du professionnel de santé ?

Juridiquement, le fait de prescrire hors AMM n'est pas répréhensible mais il pourrait être potentiellement reproché au médecin le fait de faire courir « *un risque injustifié à son patient* ».

Préalablement à toute prescription en dehors de l'AMM il convient de se poser les questions suivantes :

Les différents traitements reconnus dans l'indication ont-ils été prescrits à bonne dose et pris durant un temps suffisant ?

Analyser les effets secondaires de ces médicaments si intolérance.

Si proposition d'un autre médicament hors AMM :

Les données d'efficacité clinique sont-elles suffisamment étayées dans l'indication retenue ? Quelle en est la sécurité d'emploi compte tenu des posologie, voie d'administration et durée de traitement proposées ?

Lors de la prescription, il convient d'attacher une attention toute particulière aux éléments suivants :

- Respect des principes d'efficacité et sécurité d'emploi ;
- Pouvoir justifier de son choix en se fondant sur un argumentaire scientifique solide (efficacité de la technique prouvée par plusieurs études contrôlées, avis d'experts, etc.) ;
- Informer le patient des motifs de la prescription hors AMM en insistant bien sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une expérimentation, mettre en exergue les bénéfices mais aussi les risques potentiels ;
- Traçabilité dans le dossier de l'argumentaire clinique qui a conduit à retenir la prescription, des données scientifiques, de l'information et du suivi du patient tout au long de sa prise en charge.

La famille peut-elle s'opposer à une prescription de morphinique pour un patient hospitalisé ?

Une personne de 90 ans est hospitalisée, elle est en fin de vie (cancer généralisé) et les douleurs sont de plus en plus importantes. Son fils est omniprésent dans le service et remet systématiquement en question les prescriptions médicales de sa mère. Le médecin, par crainte de représailles du fils, note sur le dossier « *conformément à la demande du fils, il ne sera pas administré de morphinique à Madame Z* ». Lors d'une formation sur les droits du patient, le personnel infirmier m'interpelle sur une telle mention dans le dossier. Après de nombreux échanges avec l'équipe et le médecin, il ressort que la prise en charge de cette patiente ne se fait plus eu égard à son état de santé mais en fonction des réactions potentielles du fils.

Il est évident qu'une telle mention est strictement illégale. On ne peut pas décider de ne pas administrer un traitement sur des considérations autres que médicales. En l'occurrence, la seule motivation à ne pas mettre en place de traitement morphinique est la crainte d'une mauvaise réaction du fils.

Dans tous les cas, un traitement est mis en place en tenant compte des bénéfices et effets iatrogènes pour le patient et jamais en fonction de la décision de la famille. Dans une telle hypothèse, il y a un manquement caractérisé à la prise en charge de la douleur de cette patiente et on peut légitimement s'interroger si cette situation ne relève pas de la maltraitance ?

De plus en plus, on constate dans les services une réflexion menée plus seulement par rapport à l'intérêt du patient mais eu égard aux potentielles réactions de la famille ou des proches.

La prise en charge du patient doit être organisée dans l'intérêt du patient. Une évidence qui semble parfois être oubliée.

Le recours à la sophrologie pratiquée par une IDE doit-il être prescrit par le médecin ?

Concrètement, le problème posé est de déterminer si l'infirmière est habilitée à pratiquer l'hypnoalgésie alors même que cette technique ne figure pas dans son décret de compétence. De plus, l'infirmière doit-elle avoir une prescription médicale pour intervenir auprès d'un patient ?

Le décret de compétence est muet concernant la pratique de l'hypnoanalgésie. Faut-il en déduire *ipso facto* que la pratique est interdite aux infirmières? Par un raisonnement *a contrario*, la pratique de l'hypnoanalgésie par l'infirmier n'est pas interdite. En effet, l'infirmier n'est pas exclu des stages de formation en hypnoanalgésie. Il lui est interdit d'avoir recours à des soins médicaux sans prescription. Or, la pratique de l'hypnoanalgésie n'est pas un acte médical. Le recours à l'hypnoanalgésie s'inscrit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier. Après une évaluation des besoins du patient, et sous réserve de l'accord de celui-ci, l'infirmier peut avoir recours à cette technique sous réserve qu'il ait reçu une formation.

L'hypnoanalgésie n'est pas une méthode de prise en charge donnant lieu à une profession réglementée. Aucun texte n'impose une prescription médicale pour pratiquer cette technique. En revanche, dans un souci de bonne organisation de la prise en charge, la décision peut faire l'objet d'une discussion en équipe pour déterminer en commun les conditions d'application de cette méthode. À toutes fins utiles, il peut être précisé que le fait d'exiger une prescription médicale n'apporte pas une sécurité juridique. L'hypnoanalgésie doit être exercée par des personnes formées, telle est la seule obligation des établissements ou services ayant recours à cette pratique.

Le retrait du cathéter péri-dural ou péri-nerveux : geste infirmier ou médical ?

En février 2000 : Avis du ministère de la santé : « *Insertion, ablation et première injection sont de la seule compétence des médecins* » au motif qu'il s'agit d'un dispositif implantable.

Problème : ces cathéters ne sont pas des dispositifs implantables (cf. CSP minimum dispositif implanté pour 30 jours + geste chirurgical). Avis de l'académie de médecine : cathéter intraveineux, péri-dural, péri-nerveux ne sont pas des dispositifs implantables s'ils ne sont pas placés lors d'une intervention chirurgicale et qu'ils sont mis en place pour une durée n'excédant pas 30 jours. En conséquence, le retrait d'un cathéter péri-dural, péri-nerveux utilisé à des fins analgésiques peut être réalisé par l'IDE sous la responsabilité du médecin prescripteur.

Avis de la SFAR en avril 2002 :

1°) qu'un dispositif invasif qui pénètre partiellement par un orifice du

corps (sonde thermique, rectale ou œsophagienne, urinaire) ou à travers la surface du corps (cathéter intraveineux, péridural, péri-nerveux) non mis en place par une intervention chirurgicale et ne devant demeurer en place que de quelques heures à quelques jours après l'intervention chirurgicale (mais jamais plus de trente jours), n'est pas un dispositif implantable ;

2°) qu'en conséquence, le retrait du cathéter péridural ou péri-nerveux utilisé dans ces conditions pour l'analgésie postopératoire, n'est pas exclusivement de la compétence du médecin et peut être fait par l'infirmier sous la responsabilité du médecin prescripteur, contrairement au retrait d'un dispositif ayant été implanté chirurgicalement et maintenu en place au moins trente jours.

Cependant, à la lecture du décret de compétence les IDE peuvent injecter des traitements dans les cathéters périduraux et intra-thécaux à des fins antalgiques. En revanche, le texte ne prévoit nullement la possibilité du retrait des cathéters périduraux par les IDE ; seuls les cathéters centraux et intra-thécaux sont visés...

Après consultation des services du ministère de la santé, une note devrait confirmer la position de la SFAR. En conséquence, les infirmiers peuvent retirer les cathéters intra-thécaux dès lors qu'ils ont été posés à des fins antalgiques et pour une brève durée, le temps de la prise en charge de la douleur (moins de 30 jours selon les textes).

La profession d'infirmier est-elle concernée par la prise en charge de la douleur ?

La prise en charge de la douleur s'impose aux infirmiers, d'une part, en application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et tout particulièrement du décret du 11 février 2004.

Le décret précise que tout infirmier (hospitalier et libéral) :

- Évalue la douleur dans le cadre de son rôle propre (article 2, 5°) ;
- Est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques selon des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin (article 8) ;
- Peut, sur prescription médicale, injecter des médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intra-thécaux ou placés à proximité d'un tronc ou plexus nerveux (article 9).

L'évaluation de la douleur relevant du rôle propre de l'IDE, il lui

appartient d'en prendre l'initiative afin de déterminer l'organisation de la prise en charge du patient avec le médecin.

Comment prouver au juge, et notamment à partir de quels documents, que l'équipe médicale n'a pas manqué à son obligation de prise en charge de la douleur ?

L'évaluation est importante car elle permet au médecin de juger de l'efficacité ou non du traitement et de prendre les dispositions en conséquence. Il est important que l'évaluation apparaisse dans le dossier médical du patient. Cela d'autant plus que l'article L 1110-5 du CSP précise bien que « *la douleur doit être en toute circonstance évaluée* ». La gestion du dossier de soins infirmier doit être tenue avec la plus grande rigueur avec mention des heures d'évaluation, de la cotation et du suivi. L'absence de toute mention dans le dossier laisserait à penser, dans l'hypothèse d'une saisie du dossier par un expert judiciaire, que l'évaluation n'a pas été faite et pourrait en conclure à une défaillance ou un manquement dans la prise en charge de la douleur.

Prise en charge de la douleur, obligation de résultat ou de moyen ?

Juridiquement, la prise en charge de la douleur pourrait se résumer ainsi :

- Obligation quant à la prévention de la douleur ;
- Obligation d'évaluation ;
- Obligation de la traiter mais sans être tenu de la faire disparaître (obligation de moyen) ;
- Obligation de se former sur les traitements, techniques de prise en charge de la douleur ;
- Droit pour le patient d'être soulagé.

« ...*Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée...* » Article L 1110-5 du code de santé publique (CSP).

L'obligation de prise en charge de la douleur se définissant comme un acte de soins au regard des dispositions juridiques, le corps médical et

L'établissement restent tenus à une obligation de moyen ; la preuve d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité doivent dès lors être rapportée par le plaignant.

Le médecin reste tenu d'une obligation de moyen dans la prise en charge de la douleur, à savoir qu'il doit s'efforcer de soulager la douleur. L'hôpital sans douleur est un mythe et n'a pas sa raison d'être.

L'obligation du médecin est de tout mettre en œuvre pour soulager au mieux son patient, mais il n'est pas tenu à une obligation de résultat, c'est-à-dire la guérison du patient.

Comment prouver que le patient a bien été informé des modalités de prise en charge de la douleur ?

Si la loi n'impose pas un document écrit, il n'en demeure pas moins qu'il est devenu un outil indispensable à la bonne compréhension des informations. De plus, en droit, l'écrit a une force probante plus importante. Parmi les écrits, le dossier du patient sera aussi un élément de preuve qui sera analysé par l'expert judiciaire.

La fiche d'information doit être un complément pour guider le patient. L'Has précise dans le guide : « *Il peut s'agir d'apporter au patient et à l'usager des informations pour améliorer leur niveau de connaissances sur la maladie ou pour comprendre le but, les bénéfices, les inconvénients des soins, ou se rappeler les conseils du professionnel de santé, ou les aider à choisir de participer à un dépistage, à accepter ou refuser une investigation, un traitement, un soin, le cas échéant parmi plusieurs options* ». Ce sont les principes posés par la loi. L'information doit porter sur l'état de santé du patient, les raisons pour lesquelles le professionnel de santé a recours à ce geste, les alternatives éventuelles et les risques.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que trop d'information est aussi dommageable que l'insuffisance d'information. La fiche d'information est destinée à aider le patient et non rendre l'information encore plus confuse.

RECOMMANDATIONS DE PLANS POUR LES DOCUMENTS ÉCRITS

- Stratégies diagnostiques et/ou thérapeutiques
- « Mieux participer au choix »
- Qu'est-ce que cette maladie, ce symptôme ?
- Comment en fait-on le diagnostic ?
- Quels sont les traitements préventifs, curatifs et les alternatives possibles ?
- Quelle organisation de la prise en charge ?
- Quelle surveillance pendant la conduite du traitement et/ou des soins ?
- Comment mieux vivre la maladie ?
- Questions - réponses
- Coût
- Contacts utiles
- Où obtenir des informations complémentaires ?

Page 38 du guide Has, guide méthodologique « *Élaboration d'un document écrit d'information à l'attention des patients et des usagers de santé* » ; juin 2008.

Pour quelles raisons l'évaluation des protocoles est-elle importante ?

La circulaire du 11 février 1999 relative à la mise en place des protocoles de prise en charge des douleurs aiguës précise les conditions d'application des protocoles. Parmi les consignes de rédaction, il est mentionné que les protocoles doivent être revus au moins une fois par an. Ce délai paraît bref et il peut être fastidieux pour une équipe de revoir l'ensemble des protocoles chaque année. Il semble plus approprié de préconiser une révision tous les deux ans au rythme de la certification. Cette évaluation est importante car elle permet, entre autre, de modifier des observations, d'accentuer les conseils sur la surveillance des patients, d'anticiper sur les effets secondaires en ajoutant la mise en place d'un traitement, si celui-ci n'était pas prévu lors de la rédaction d'origine. Un protocole doit donc évoluer et être

révisé régulièrement, cela d'autant plus que toutes les fois où se pose un problème judiciaire la question est de savoir si des soins attentifs et conformes aux données de la science ont été prodigués.

L'absence de protocole dans un service peut-elle être qualifiée de faute par le juge ?

Si l'absence de protocole perturbe la prise en charge de la douleur et que cela cause un dommage pour un patient, la responsabilité du médecin pourrait être retenue pour manquement à l'obligation de prise en charge de la douleur. En effet, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades précise bien que la prise en charge de la douleur se compose de trois éléments : la prévention, l'évaluation et enfin le traitement.

Si l'absence de protocole place l'infirmier dans l'impossibilité d'administrer un traitement antalgique en raison de l'absence de prescription médicale (ordonnance et/ou protocole), il pourrait être conclu à une carence fautive dans la prise en charge de la douleur à la charge du médecin responsable du service et/ou du médecin du patient.

ANNEXE II

L'EXPERT JUDICIAIRE : FICHE PRATIQUE

Les experts judiciaires sont des professionnels habilités chargés de donner aux juges un avis technique sur des faits, afin d'apporter des éclaircissements sur une affaire. Ce sont des spécialistes de disciplines très variées (médecine, architecture, gemmologie, économie et finance, etc.). Leurs avis ne s'imposent pas aux juges qui restent libres.

Qu'est-ce qu'un expert judiciaire ?

Depuis la loi n°2004-130 du 11 février 2004, il n'y a plus de différenciation entre la matière civile et la matière pénale, ainsi il existe des listes d'experts dressées pour l'information des juges, mais ces derniers peuvent, le cas échéant, désigner toute autre personne de leur choix, au pénal comme au civil. Le contrôle des experts est exercé, selon les cas, soit par le procureur général de la cour d'appel, soit par le premier président et le procureur général près de la Cour de cassation. L'expert judiciaire est assermenté. Pour une personne morale, le serment est prêté par son représentant, désigné à cet effet. Ils peuvent, dans certains cas, se voir confier des missions de conciliation, médiation et d'arbitrage. Ils interviennent non plus comme experts judiciaires mais comme conciliateur, médiateur ou arbitre.

Comment devenir expert judiciaire ?

L'expert est inscrit sur une liste établie à la cour d'appel dans le ressort de laquelle il exerce son activité professionnelle principale. Depuis la loi du 11 février 2004, l'inscription se fait en deux étapes et pour une durée limitée :

- une inscription initiale, dite « à titre probatoire », est faite pour une durée de deux ans ;
- à l'issue de cette période probatoire, l'expert doit présenter une nouvelle candidature, qui, si elle est accueillie favorablement, conduit à une réinscription pour une durée de cinq ans renouvelable.

Un technicien qui voudrait s'inscrire sur une liste d'experts judiciaires dressée par la cour d'appel doit envoyer une demande sous

forme de lettre sur papier libre, précisant les domaines et/ou les spécialités pour lesquels la demande est introduite, ainsi que les rubriques de la liste pour lesquelles il souhaite son inscription.

En annexe à cette lettre doit figurer un curriculum vitae, un extrait du casier judiciaire et une copie certifiée conforme des diplômes présentés à l'appui de la demande, ainsi que les travaux déjà effectués dans les spécialités concernées et toute pièce permettant d'apprécier ses compétences.

Cette demande doit parvenir au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le candidat exerce son activité professionnelle ou possède sa résidence, avant le 1^{er} mars de chaque année pour les inscriptions à valoir l'année suivante.

Lors de sa première inscription, l'expert prête serment devant la cour d'appel du ressort dans lequel se trouve son domicile.

ANNEXE III

L'INFIRMIER EXPERT JUDICIAIRE

Actuellement trois infirmiers sont inscrits sur la liste des experts judiciaires es qualité d'infirmier. Une justice éclairée est une justice qui s'entoure de personnes qualifiées dans l'exercice de leur art. Comment évaluer une bonne prise en charge des soins infirmiers sans l'analyse d'un expert infirmier ? On ne peut que souhaiter que le nombre des experts judiciaires infirmiers augmente pour une meilleure connaissance des pratiques professionnelles des IDE.

Comment devenir expert judiciaire infirmier ?

Comme les médecins, il convient de déposer un dossier auprès de la cour d'appel de son lieu d'exercice. Mais au préalable une formation est requise. À ce jour, un seul établissement délivre la formation requise.

En effet, l'IFROSS dispense une formation diplômante dans le domaine très pointu des soins. Cet institut est spécialisé dans « *l'analyse des pratiques, la stratégie, l'organisation, le droit et l'évaluation des systèmes et des structures sanitaires et sociales* ». La formation dure un an, des contrôles de connaissances sont effectués à chaque session de cours, l'ensemble se termine par un mémoire d'expertise et débouche sur l'obtention d'un D.U. « droit, expertise et soins » délivré par la faculté de droit de Lyon.

Après cette étape, il convient de déposer un dossier complet au greffe de la Cour d'appel.

Pour de plus amples informations :
Jean-Michel PELAPRAT, Législation, L'expertise
en soins infirmiers sur le site
www.infirmiers.com

ANNEXE IV

BARÈME INDICATIF D'INVALIDITÉ UCANSS (1)

(Accidents du travail maladies professionnelles)

Application de l'article R. 434-35 du Code de la Sécurité Sociale
Complété par le décret n° 93-74 du 18 janvier 1993 (J.O. 20-1-1993)

Principes généraux

« L'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale dispose, dans son premier alinéa, que le taux de l'incapacité permanente est déterminé compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité. Le présent barème répond donc à la volonté du législateur. Il ne peut avoir qu'un caractère indicatif. Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens, et le médecin chargé de l'évaluation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème; il doit alors exposer clairement les raisons qui l'y ont conduit.

Le présent barème indicatif a pour but de fournir les bases d'estimation du préjudice consécutif aux séquelles des accidents du travail et, éventuellement, des maladies professionnelles dans le cadre de l'article L. 434-2 applicable aux salariés du régime général et du régime agricole. Il ne saurait se référer en aucune manière aux règles d'évaluation suivies par les tribunaux dans l'appréciation des dommages au titre du droit commun.

L'article précité dispose que l'incapacité permanente est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle.

Les quatre premiers éléments de l'appréciation concernent donc l'état du sujet considéré, du strict point de vue médical.

Le dernier élément concernant les aptitudes et la qualification professionnelle est un élément médico-social; il appartient au médecin chargé de l'évaluation, lorsque les séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle lui paraissent devoir entraîner une modification dans la situation professionnelle de l'intéressé, ou un changement d'emploi, de bien mettre en relief ce point susceptible d'influer sur l'estimation globale.

Les éléments dont le médecin doit tenir compte, avant de proposer le taux médical sont donc :

1- La nature de l'infirmité

Cet élément doit être considéré comme la donnée de base d'où l'on partira en y apportant les correctifs, en plus ou en moins, résultant des autres éléments. Cette première donnée représente l'atteinte physique ou mentale de la victime, la diminution de validité qui résulte de la perte ou de l'altération des organes ou des fonctions du corps humain. Le présent barème doit servir à cette évaluation.

2- L'état général

Il s'agit là d'une notion classique qui fait entrer en jeu un certain nombre de facteurs permettant d'estimer l'état de santé du sujet. Il appartient au médecin chargé de l'évaluation d'adapter en fonction de l'état général, le taux résultant de la nature de l'infirmité. Dans ce cas, il en exprimera clairement les raisons. L'estimation de l'état général n'inclut pas les infirmités antérieures - qu'elles résultent d'accident ou de maladie - il en sera tenu compte lors de la fixation du taux médical.

3- L'âge

Cet élément, qui souvent peut rejoindre le précédent, doit être pris en considération sans se référer exclusivement à l'indication tirée de l'état civil, mais en fonction de l'âge organique de l'intéressé. Il convient ici de distinguer les conséquences de l'involution physiologique, de celles résultant d'un état pathologique individualisé. Ces dernières relèvent de l'état antérieur et doivent être estimées dans le cadre de celui-ci. On peut ainsi être amené à majorer le taux théorique affecté à l'infirmité, en raison des obstacles que les conséquences de l'âge apportent à la réadaptation et au reclassement professionnel.

4- Les facultés physiques et mentales

Il devra être tenu compte des possibilités de l'individu et des conséquences que peuvent avoir sur elles les séquelles constatées. Les chiffres proposés l'étant pour un sujet normal, il y a lieu de majorer le taux moyen du barème, si l'état physique ou mental de l'intéressé paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un individu normal.

5- Les aptitudes et qualification professionnelles

La notion de qualification professionnelle se rapporte aux possibilités d'exercice d'une profession déterminée. Quant aux aptitudes, il s'agit là des facultés que peut avoir une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle de se reclasser ou de réapprendre un métier un métier compatible avec son état de santé.

Lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle paraît avoir des répercussions particulières sur la pratique du métier, et, à plus forte raison, lorsque l'assuré ne paraît pas en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure, le médecin-conseil peut demander, an accord avec l'intéressé, des renseignements complémentaires au médecin du travail. La possibilité pour l'assuré de continuer à occuper son poste de travail - au besoin en se réadaptant- ou au contraire l'obligation d'un changement d'emploi ou de profession et les facultés que peut avoir la victime de se reclasser ou de réapprendre un métier, devront être précisées en particulier du fait des dispositions de la réglementation, comme celles concernant l'aptitude médicale aux divers permis de conduire.»

La douleur peut-elle être reconnue comme une maladie professionnelle ?

La législation de la Sécurité sociale a établi les conditions médicales, techniques et administratives pour qu'une maladie puisse être légalement reconnue comme professionnelle et indemnisée comme telle. « Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées dans ce tableau » (2^e alinéa de l'article L.461-1du Code de la sécurité sociale).

Il existe actuellement 98 tableaux (sans tenir compte des tableaux bis et ter).

« Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un

taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé ». (4^e alinéa de l'article 461-1 du Code de la sécurité sociale)

Ce taux d'incapacité est fixé au moins à 66 % par décret (article R461-8 du code de la sécurité sociale). Il est évalué par le médecin-conseil d'après le barème indicatif d'invalidité Accidents du Travail - Maladies Professionnelles.

La douleur peut être reconnue comme une maladie professionnelle seulement si elle est causée par une pathologie caractérisée qui peut être reconnue comme une maladie professionnelle.

Exemple : Les affections chroniques du rachis lombaire relevant des maladies professionnelles n°97 et 98 concernent seulement les hernies discales L2-L3, L4-L5 ou L5-S1 avec concordance clinique et radiologique quel que soit l'état antérieur.

L'absence d'une de ces conditions médicales entraîne le rejet de la maladie professionnelle (sauf si le taux atteint 66 %). Le seul recours possible est administratif (CRA, TASS, Cour d'Appel).

La présomption d'imputabilité est admise dans le cas où les conditions médicales, administratives et techniques sont remplies : durée d'exposition au risque au moins pendant cinq ans, délai de prise en charge entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale maximum de 6 mois et travaux effectués selon une liste limitative.

La douleur peut être reconnue comme une maladie professionnelle seulement si elle est causée par une pathologie caractérisée (ex. : hernie discale L4 L5).

Comment obtenir l'ALD notamment pour un patient douloureux chronique ; si cela n'est pas possible, pour quelles raisons ?

Les soins sont soumis à un taux de remboursement, l'assuré doit en principe supporter une part des dépenses appelée ticket modérateur.

Exemple : les taux de remboursement en vigueur pour les médicaments sont :

- **100 %** (vignette blanche barrée) pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux ;
- **15 %** (vignette orange) pour les médicaments à service médical rendu insuffisant ;
- **35 %** (vignette bleue) pour les médicaments destinés au traitement des troubles et affections sans caractère habituel de gravité ; pour ceux dont le service médical rendu n'a pas été reconnu comme majeur ou important ; et pour les spécialités homéopathiques ;
- **65 %** (vignette blanche) pour les autres médicaments.

Cependant, il peut exister une exonération du ticket modérateur qui peut être attribuée dans plusieurs situations.

Exonération de droit

- Accident du travail ou maladie professionnelle
- Invalidité
- Maternité
- Enfants handicapés
- Hospitalisation > 30 jours, forfait soins LS et SCM
- Bénéficiaires de l'art 115 (pensionnés de guerre)

ETM par des structures complémentaires

- Mutuelles (dans 80 % des cas)
- CMU complémentaire

ETM liée à la nature de l'affection

• Affection de la liste (ALD 30)

Le décret du 31/12/1986 a fixé la liste des 30 affections de longue durée donnant lieu à exonération du ticket modérateur. Ces affections comportent un traitement prolongé (plus de six mois) et une thérapeutique coûteuse.

• Procédure exceptionnelle (ALD 31)

L'affection ou ALD 31, est une affection non inscrite sur la liste et répondant aux critères suivants : forme grave caractérisée évolutive ou invalidante nécessitant des soins d'une durée prévisible de plus de six mois (exemple : la maladie de Paget, l'ostéoporose avec tassement vertébral ou fracture pathologique).

- **Polypathologie invalidante (ALD 32)**

Les critères d'admission sont le cumul d'au moins deux pathologies entraînant un handicap avec perte d'autonomie physique ou psychique.

Le patient douloureux chronique peut donc bénéficier d'une exonération du ticket modérateur s'il est atteint d'une de ces affections de longue durée.

ANNEXE V

Liste des 30 affections de longue durée (ALD 30) fixée par le code de la sécurité sociale (art. D 322-1)

- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- Bilharziose compliquée
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Diabète de type 1 et diabète de type 2
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- Hypertension artérielle sévère
- Maladie coronaire
- Insuffisance respiratoire chronique grave
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- Mucoviscidose
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- Paraplégie
- Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
- Affections psychiatriques de longue durée
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- Sclérose en plaques
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne

- Spondylarthrite ankylosante grave
- Suites de transplantation d'organe
- Tuberculose active, lèpre
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.