

---

# DOULEUR ET ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

---



Institut UPSA  
de la douleur



Luttons ensemble contre la douleur

---

**DOULEUR  
ET ASPECTS  
MÉDICO-LÉGAUX**

---

*Édition 2009*

*DOULEUR ET ASPECTS  
MÉDICO-LÉGAUX*

*Françoise Béroud  
Coördinateur*

INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR  
3, rue Joseph Monier - BP325  
92506 Rueil-Malmaison Cedex  
Tél : 01 58 83 89 94  
Fax : 01 58 83 89 01  
E-mail : institut.upsa@bms.com  
Site : [www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)

*Les notions exposées dans ce livre sont destinées  
à compléter et non à remplacer les connaissances  
médicales des professionnels formés en la matière.  
Les auteurs et les coordinateurs déclinent toute  
responsabilité directe ou indirecte dans l'usage  
pouvant être fait de cet ouvrage.*

ISBN : 2-910844-17-X

Conception : A Éditorial Paris 01 42 40 23 00

Couverture : crédit photo, Monnaie de Paris,

Photographe : Jean-Jacques Castaing

Dépôt légal 3<sup>e</sup> trimestre 2009

---

# **DOULEUR ET ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX**

---

*Coordinateur Scientifique et Juridique  
Nathalie Lelièvre*



## LES AUTEURS

### **Dr Frédéric Aubrun**

Médecin anesthésiste, Département d'anesthésie  
réanimation-chirurgicale, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, Paris  
frederic.aubrun@psl.aphp.fr

### **Céline Avengoza**

www.assistance-handicap.com

### **Gilles Barbier**

www.handicap.fr, Lyon

### **Dr Jacqueline Cardona**

Médecin légiste spécialisée Santé publique  
jacqueline.cardona@etsm-lyon-cnams.fr

### **Nathalie Lelièvre**

Juriste droit de la santé, Membre de la commission Éthique  
et Douleur, AEU droit médical, DESS droit de la santé  
Chargée de formation, Lyon,  
lelievrenath@wanadoo.fr

### **Dr Alain Serrie**

Président d'honneur de la Société Française d'Étude  
et de Traitement de la Douleur  
alain.serrie@lrb.aphp.fr

# SOMMAIRE

## 1 • Introduction ..... 9

*Alain Serrie*

## 2 • Professionnels de santé ..... 21 et prise en charge de la douleur : les règles juridiques

*Nathalie Lelièvre*

Douleur et droits, quelles évolutions ?

Les acteurs de la prise en charge de la douleur

Les bénéficiaires de la prise en charge

Douleur et fin de vie : que dit la loi Léonetti ?

Définition de l'obligation de prise en charge de la douleur

Douleur et justice

Conclusion

## 3. Mission du médecin expert ..... 45 dans une action judiciaire

*Nathalie Lelièvre*

La mission de l'expert

Déroulement de la mission d'expertise

L'évaluation de la douleur

Quelle légitimité accorder aux recommandations  
des sociétés savantes ?

Exemple d'une mission d'expertise médicale

Conclusion

## 4. Place des protocoles dans la prise ..... 57 en charge de la douleur : l'exemple de l'analgésie postopératoire

*Dr Frédéric Aubrun*

Introduction

Terminologie

Genèse d'un protocole

Exemple de protocole : le projet PROCEDOL

Conclusion

## **5 • Indemnisation des séquelles ..... 71 en droit de la sécurité sociale**

*Dr Jacqueline Cardona*

L'incapacité permanente (IP) en accident du travail

Pension d'invalidité

Frais de reclassement professionnel

## **6 • Handicap et douleur, la réinsertion .... 77 professionnelle et sociale**

*Gilles Barbier, Céline Avengozar*

La reconnaissance du handicap et les droits du patient

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

L'orientation professionnelle

La formation professionnelle

Les contrats

Les acteurs et aides pour la réinsertion professionnelle

L'aménagement du poste de travail

Les services d'aide et de conseils

L'aménagement du logement

Conclusion

## **7 • Annexes ..... 99**

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 affections de longue durée

fixée par le code de la sécurité sociale ..... 116



# 1. INTRODUCTION

---

*Alain Serrie*

La prise en charge de la douleur n'est pas seulement un véritable enjeu de santé publique, critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, mais un problème de société.

La douleur n'est ni une rédemption, ni une fatalité ou une punition, son soulagement peut jouer un rôle dans la guérison de la personne malade. Socialement, la douleur peut être si invalidante qu'elle interdit ou empêche toutes activités artisanales, agricoles, sociales et professionnelles pour celui qui souffre. La souffrance peut être si intense qu'elle laissera des cicatrices indélébiles. Sa prise en charge répond à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme en raison des retentissements physique et psychique. Elle induit un handicap qui exclut progressivement ou brutalement le patient de la société, devient une source d'exclusion supplémentaire et un facteur d'inégalité sociale. De plus le patient douloureux n'est pas l'unique "victime", l'entourage familial, social, professionnel devient lui aussi "victime".

Désormais, des considérations éthiques et morales ne peuvent plus être écartées de l'élaboration et de la mise en application d'un projet de soins. Une information adaptée doit être donnée, surtout en matière de prise en charge de la douleur : elle doit répondre à ce que le patient est en droit d'attendre. Il n'est plus imaginable, aujourd'hui, de développer un objectif prioritaire de santé publique, sans la participation de l'ensemble des soignants : médecins, infirmiers(ères), étudiants, kinésithérapeutes, psychologues, agents hospitaliers... ainsi d'ailleurs que sans celle des représentants des usagers du système de santé, c'est-à-dire le patient et sa famille. La lutte contre la douleur est inséparable de l'évolution de ces idées.

Les systèmes de santé doivent se soucier autant du malade que de la maladie. Il n'est plus admissible que l'on se préoccupe exclusivement de l'efficacité des moyens thérapeutiques mis en œuvre.

Avec la fièvre et la fatigue, la douleur est un des premiers motifs de consultation médicale. En France <sup>(1)</sup> : un des premiers motifs de consultation : 31,7 % des patients interrogés (20 605 000 Français) présentent des douleurs chroniques, pour 19,9 % (12 935 000) elles sont d'intensité modérées à intenses. 46,3 % d'entre eux ont moins de 60 ans. La douleur est le principal symptôme entraînant un recours urgent ou non programmé à la médecine de ville (75 % des patients DREES 2007) <sup>(2)</sup>. En Europe <sup>(3)</sup> : 20 % des adultes européens ont une ou plusieurs douleurs. L'intensité médiane est de 5 sur 10 sur une durée médiane de 6 mois. Un tiers considère leur douleur comme insupportable et 1 sur 6 ont déjà pensé au suicide.

Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps, d'invalidité et d'altérations majeures de la qualité de vie. Outre les aspects humains ou médicaux, les douleurs chroniques ont des conséquences économiques : absentéisme au travail, puis arrêt de travail aboutissant à l'invalidité, incapacité des sujets à assumer leurs rôles familiaux et sociaux. L'enquête observationnelle sur les patients atteints de douleurs neuropathiques montre que 65 % d'entre eux ont moins de 60 ans et que la majorité d'entre eux sont en arrêt maladie prolongée (>6 mois), voire en invalidité de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> catégories <sup>(4)</sup>. Les répercussions financières sont importantes : 100 milliards de dollars par an aux USA <sup>(5)</sup>, il n'y a pas d'étude en France. Cette succession de chiffres montrent, s'il en était besoin, l'importance de ce problème de société.

D'autre part, d'après des projections basées sur des hypothèses modérées, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui était de 7,8 millions en 1990, va dépasser les 13 millions en 2020 soit un accroissement de deux tiers. Quant au grand âge, celui des seniors de 85 ans et plus, il va exploser : son effectif de moins de 900 000 en 1990 va dépasser les 2 millions en 2020, soit un coefficient multiplicateur de 2,4. Dès lors, on comprend que la survenue de pathologie rhumatologique ou cancéreuse et de toutes douleurs est à prévoir en plus grand nombre pour cette population.

La douleur peut, également et surtout, survenir sans que soit mise en jeu l'espérance de vie : ce sont les douleurs chroniques bénignes, qui

d'ailleurs devraient être identifiées sous une autre appellation. En effet, une douleur qui persiste pendant des années, voire des dizaines d'années, n'a vraiment rien de bénin. Elle va avoir des répercussions tellement importantes que la vie du patient va être transformée, entraînant absentéisme, voire chômage ou licenciement, difficultés familiales (rejet, rupture, divorce ou au contraire maternage, infantilisme...), psychologiques (anxiété, dépression...), médico-légales (invalidité, procès...). Ces douleurs-là ne vont pas diminuer la vie, mais vont la rendre impossible. Elles doivent, là aussi, être prises en charge dans une structure spécialisée disposant d'une prise en charge spécifique et d'un éventail thérapeutique moderne.

Loin de l'idée de comparer ce qui ne l'est pas, on peut quand même affirmer que c'est par la rencontre de médecins curieux, d'horizons différents, et par la reconnaissance de leurs échecs qu'est née la réanimation. Spécialité "transversale" faisant appel à la cardiologie, à la pneumologie, à l'infectiologie, à la pédiatrie... La prise en charge de la douleur est elle-même une activité par définition trans- ou pluri-disciplinaire (selon ceux qui en parlent) et donc transversale. L'analogie s'arrête là. S'il fallait répondre à la question : la douleur sera-t-elle une spécialité ? La réponse est oui, mais la question n'est pas d'actualité. Non seulement l'époque et les mentalités ne sont pas prêtes, mais le bien-fondé même de cette interrogation mérite que l'on s'y arrête. Plusieurs pays européens ont réalisé de réelles avancées allant dans le sens de la reconnaissance de la discipline. Dans notre pays, un petit nombre de médecins "pionniers" ont conduit une véritable action de militant dont les buts étaient, entre autres, de changer les comportements et d'introduire une véritable "culture anti-douleur" dans les pratiques médicales. Ils ont préparé le terrain pour la génération qui suit, qui verra probablement la naissance de cette spécialité.

Mais la douleur, c'est l'affaire de tous "les acteurs de notre système de soins", comme l'on dit maintenant en termes énarchés, et il faut que dans la plupart des cas le médecin "réfèrent" soit attentif à la plainte de son patient, et qu'il puisse diagnostiquer et traiter. Il fallait donc développer les formations universitaires et post-universitaires, intégrer l'enseignement de "la douleur et de sa prise en charge" dans le cursus des études médicales, dite formation initiale, de façon à ce que les futures générations de médecins formés de façon plus spécifique puissent théoriquement répondre à cette interrogation. Dans ce

domaine, ce qui a été fait est bien décevant, puisque ce ne sont qu'une vingtaine d'heures qui sont obligatoires au cours de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Les Instituts de Formation en Soins Infirmiers ont développé beaucoup plus largement cet enseignement, ce qui aura très probablement des conséquences pratiques, puisque celui ou celle qui réalise la prescription sera mieux formé que le prescripteur.

Il y a 20 ans, les premières structures ouvraient leur porte dans notre pays. Comme pour toute nouveauté, il s'agissait d'initiatives médicales de terrain, développées avec le soutien des communautés médicales locales, sans l'aide d'une réglementation administrative sur laquelle s'appuyer ou de textes juridiques qui permettent de donner sinon une officialisation, du moins une reconnaissance à cette activité nouvelle. En fait, tout était lié à la bonne volonté de chacun et fonctionnait grâce à la générosité des services, l'un prêtant des locaux, l'autre des vacances ou des heures de secrétariat, et le plus souvent la personnalité de celui qui en prenait l'initiative comptait pour beaucoup. Au fil des années, elles se sont multipliées de façon anarchique sans aucun contrôle de qualité, n'offrant pas forcément des garanties de soins identiques en fonction des régions, avec des appellations "non contrôlées" : centre anti-douleur, unité d'évaluation, unité de prise en charge, unité de diagnostic et de traitement, département ou encore clinique de la douleur... Il était difficile aux patients, comme aux médecins d'ailleurs, de s'y retrouver. Il y avait là, une nécessité évidente de pouvoir parler de la même "chose".

La plupart des médecins travaillant dans ces différentes structures dépendent de leur service d'origine et ont, pour certain d'entre eux, une activité propre à leur spécialité d'origine réduite à la moitié, au quart, voire inexistante, avec une activité anti-douleur inversement proportionnelle. Cette activité étant réalisée au détriment de celle pour laquelle ces médecins ont été nommés et grâce à la bonne volonté des collègues de leur service d'origine. Cette situation de fait devait être avalisée, facilitée ou empêchée. Il fallait transformer cette organisation artisanale et plusieurs textes officiels, aidés par la prise de conscience du corps médical et par la médiatisation du public, ont permis d'aller plus avant.

L'article L 1112-4 du livre VII du Code de Santé Publique est clair : *"Les établissements de Santé mettent en œuvre les moyens propres à*

*prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L.6143-2.* "Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard la formation initiale des médecins et diffusent les connaissances acquises en vue de permettre la réalisation de cet objectif en ville comme dans les établissements." De même, le nouveau Code de Déontologie Médicale sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112, dans ses articles R.4127-37 et R.4127-38, précise clairement les devoirs du médecin en ce qui concerne les douleurs et leur prise en charge.

"L'identification" des structures, qui a été réalisée fin 1998, était un pas de plus. Cette identification peut être comprise comme un concept intermédiaire se situant entre autorisation, agrément, habilitation et accréditation. En l'occurrence, et à défaut d'un support réglementaire qui aujourd'hui n'existe toujours pas dans le domaine de la santé, l'identification procède de la publication par les autorités de tutelle de la liste des établissements disposant de structures de lutte contre la douleur. Ces mesures ont permis d'aboutir à trois niveaux organisationnels : Consultation de la douleur (82 en 1998), Unité d'évaluation et de traitement de la douleur (56 en 1998) et Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (22 en 1998) qui possèdent une triple vocation (clinique, enseignement, recherche). Elles sont environ 275 en 2008.

Cette procédure était une des mesures qui composaient le premier plan gouvernemental triennal de lutte 1998-2001 contre la douleur que l'Institut UPSA de la douleur a largement accompagné et relayé. Le plan de Bernard Kouchner a été une réelle avancée : il était nécessaire et indispensable, mais nous savions qu'il serait insuffisant. Il a permis de faire évoluer les mentalités, mais nombre de mesures n'ont pas été appliquées.

Certaines mesures ont été réalisées, prises isolément elles sont réduites, mais elles constituaient les pièces d'un puzzle, qui assemblées, avaient l'ambition de donner une image : l'amélioration de la qualité de prise en charge de la douleur dans notre pays. Quelles sont-elles ? Carnet douleur remis normalement à tous les hospitalisés, EVA attribuée à tous les personnels de santé, suppression du carnet à souches, création de 37 postes de praticiens hospitaliers et d'une vingtaine de postes d'infirmiers, attribution de 380 pompes dites PCA... Par ailleurs, 170 Comités de Lutte Contre la Douleur sont créés, un

chapitre spécifique douleur de la nouvelle Nomenclature Commune des Actes Médicaux a été initié, la quasi totalité des Agences Régionales d'Hospitalisation ont débloqué des crédits sur la base d'appel d'offres, un site web douleur a été ouvert à tous les citoyens. La circulaire DGS/DH n° 99/84 du 11 février 1999, relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales, s'appuie sur le premier plan triennal de lutte contre la douleur. Elle incite les équipes médicales et soignantes à élaborer des protocoles autorisant les infirmiers à utiliser certains antalgiques, conformément aux dispositions de l'article 8 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993.

D'autres ne sont pas réalisées : un logiciel pédagogique devait être remis à tous les professionnels ainsi qu'un guide d'auto-évaluation des structures et un guide méthodologique destiné aux professionnels et aux directeurs d'établissement, 1000 PCA devaient être attribuées. La mesure de satisfaction des patients devait être systématisée à la sortie d'hospitalisation. La durée de prescription des opioïdes était de 7, 14 et 28 jours, ce qui était obsolète, la durée de délivrance est ramenée à 28 jours (le mois européen) comme dans la plupart des pays européens. L'élaboration d'un volet spécifique du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) consacré à la lutte contre la douleur rebelle structuré en réseau devait être généralisée.

Ces quelques exemples se situent à la fois dans un champ de demande des patients toujours plus important, et dans un élargissement des problématiques ; car, dans les années qui viennent, les douleurs aux âges extrêmes de la vie, principalement celles du sujet âgé en rapport avec l'allongement irréversible de l'espérance de vie, et les douleurs nosocomiales, celles qui sont induites par les soignants et rendues "incontournables" par les thérapeutiques, seront les véritables priorités de santé publique, auxquelles nous serons confrontés. De même que celles qui sont le quotidien des soignants qui travaillent en santé mentale.

Du point de vue organisationnel, il faut aider à la mise en place des réseaux ; la création de services de la douleur est incontournable : il en existe deux ou trois en France, mais les nombreux exemples européens en font une réalité.

Il était évident que tous les problèmes étaient loin d'être réglés (pérennisation des mesures entreprises, renforcement des moyens des structures de prise en charge de la douleur chronique, financements, postes, vacances : dans la plupart des structures les rendez-vous étaient à 2 ou 3 mois, en 2008 le délai est 3, 4, voire 5 mois) et qu'il existait une grande inquiétude sur la volonté des pouvoirs publics et des tutelles de toujours considérer la douleur et sa prise en charge comme une priorité de santé publique.

Le premier plan devait être poursuivi, amplifié, la difficulté majeure était l'absence d'une enveloppe budgétaire nationale : le financement des mesures d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients douloureux ne pouvait être laissé à la seule "bonne volonté" et initiative des ARH. Les fonds dépendant des ARH, leur volume financier était constant, il fallait enlever aux uns ce que l'on donne aux autres.

Les priorités nationales pour le second plan 2002-2005 ont concerné la migraine, les douleurs provoquées par les soins et la douleur de l'enfant.

Dans ce deuxième plan national de lutte contre la douleur était inscrite l'organisation d'Etats Généraux dont la responsabilité a été confiée aux quatre collèges [Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD), Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur (CNEUD), Collège National des Chirugiens Dentistes de la Douleur (CNCDD), Collège National des Psychologues de la Douleur (CNPD) et à la Société Française pour l'Étude et le Traitement de la Douleur (SFETD)] auxquels se sont associés les patients à travers le Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS). Les objectifs étaient de susciter une dynamique nationale et régionale permettant de mobiliser les différents acteurs des systèmes de soins de les intégrer dans une réflexion régionale, interrégionale et nationale et de réunir tous les acteurs de la société civile et de mobiliser les collectivités locales en impliquant les acteurs locaux et régionaux à la faveur de débats de sensibilisation à la lutte contre la douleur.

Plusieurs travaux ont été réalisés :

- des enquêtes nationales : auprès du grand public (TN SOFRES Santé, 3 000 personnes interrogées), auprès des professionnels libéraux (envoi de 10 000 questionnaires sur toute la France à six catégories de

professionnels libéraux : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens dentistes), auprès des établissements de santé (3 102 questionnaires sur toute la France), auprès de 29 pays d'Europe (réponse de 27 pays sur 29), et enfin analyse des prescriptions et ventes de médicaments contre la douleur (ventes de médicaments anti-douleur entre 1988 et 2000 (rapport AFSSAPS édité en 2002, base MEDICAM 2000/2001, base de prescription THALES 2002 - panel de médecins libéraux).

- des enquêtes régionales (Aquitaine, Basse-Normandie, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Rhône-Alpes) ont été menées afin de décrire les modalités d'information, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients douloureux ainsi que les résultats de cette prise en charge pour les patients douloureux. 8 919 patients, 606 médecins, 841 infirmières ont participé, ce qui fait de ce travail le plus important jamais réalisé.

Ces travaux ont été finalisés par la tenue des Assises Nationales de la Douleur qui se sont déroulées à Paris le 14 juin 2005 au Palais de la Mutualité sous le haut parrainage de Monsieur Jacques Chirac, Président de la République. Un livre blanc a été publié, 5 axes d'action et 15 propositions se sont dégagés qui ont permis, entre autre, la préparation du troisième plan gouvernemental de lutte contre la douleur.

Le 3<sup>e</sup> plan gouvernemental de lutte contre la douleur 2006-2010, annoncé le 26 octobre 2005 en conseil des Ministres a été dévoilé le vendredi 3 mars 2006 par Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des solidarités, à l'hôpital Lariboisière à Paris.

Il repose sur 4 axes :

- Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables, notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie.
- Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients.
- Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.
- Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif.

Le coût total du plan est évalué à 26,74 millions d'euros sur la durée

du plan, dont 11 millions d'euros financés dans le cadre des crédits de l'Assurance-maladie et 3 millions d'euros relevant de crédits d'État. C'est la première fois qu'un dispositif national est doté de moyens financiers. Cependant, la ré-allocation de ces ressources n'est pas systématiquement faite à ceux qui en sont les destinataires légitimes. Il existe un manque de transparence qui ne fait que créer le scepticisme et ajouter à la confusion. L'IGAS devrait y mettre son "nez", car il s'agit de l'argent du contribuable qui a le droit d'être soigné selon les lois qui ont été votées.

Or, nous sommes loin du compte, le financement des activités transversales est assuré par celui des Missions d'intérêt Général, dites MIG, et d'aide à la contractualisation, dites AC. Si ce financement est accepté, et si l'établissement de santé est déficitaire, il viendra combler le déficit général de l'établissement et ne sera pas attribué à l'activité à laquelle il est dévolu même si celle-ci est créatrice de recette. Comment ne pas être plus démobilisateur dans une époque où, pour vivre en tant qu'activité, il faut montrer que l'on existe !

D'autre part, les décideurs politiques ont choisi "la nouvelle gouvernance" pour réformer notre système de santé. La mise en place des pôles est une des mesures inscrites dans la loi. Cette obligation est pour nous une chance et un danger. Une chance : au sein des pôles, les différents partenaires sont reconnus en tant que tels, la structure douleur, l'activité douleur devront donc être clairement identifiées. Un danger : la précarisation actuelle des structures douleur, leur vulnérabilité due à leur mauvaise visibilité et leur manque d'autonomie administrative, à côté de partenaires de discipline et de taille inégales, qui les rendent encore plus fragiles. Nous n'avons ni le droit, ni la possibilité de ne pas profiter de ces changements qui nous sont proposés.

Il faut inscrire "dans le marbre" l'organisation des structures. La première consultation doit être revalorisée. Le recensement des capacités en charge de travail dans les consultations, unités et centres, réalisé par les correspondants régionaux, fait apparaître que la moyenne d'âge des médecins est proche de 52 ans. La poursuite de ce qui a été entrepris doit être pérenne. Il convient d'être attractif, d'envisager des profils de carrière (création de postes universitaires) qui amènent des jeunes médecins à choisir cette activité. Le combat que nous menons n'a de sens qu'à cette condition. Une saisine a été

adressée à la HAS demandant de structurer la filière de soins “douleur” et de travailler sur la définition des critères d’éligibilité de la première consultation : quels sont les patients qui peuvent et doivent être pris en charge dans les consultations, unités et centres ? De la même façon, un référentiel de bonnes pratiques permettant de définir le contenu de la première consultation devrait voir le jour. Ceci devrait amener à définir la labellisation des structures permettant leur reconnaissance officielle. Un GHS (Groupe Homogène de Séjour) “01M21Z : douleurs chroniques rebelles” est entré en application depuis le 15 mars 2006. Nous devons l’utiliser pour tous nos patients hospitalisés, mais comment faire lorsqu’il est plus intéressant financièrement pour l’établissement d’hospitaliser le patient dans un autre service ? Et cependant cette mesure importante doit permettre d’objectiver notre activité d’hospitalisation. Alors ?

Voici le nouveau paysage de la lutte contre la douleur, qui doit aider à l’amélioration de la qualité. Mais la tâche reste immense et ardue. Il est certain que l’époque se prête mal aux financements de ces activités, que l’on dit nouvelles par habitude et qui existent depuis 20 ans, même si celles-ci sont porteuses d’économie potentielle retentissant sur la maîtrise des coûts de la Santé.

J’ose reprendre ici une phrase écrite il y a 20 ans dans un autre éditorial : « *Le moment est venu de changer les attitudes qui restent trop figées vis-à-vis de la douleur et encore plus vis-à-vis de la souffrance. L’introduction d’une “culture anti-douleur” au sein des pratiques et des exercices nécessite le changement des comportements de l’ensemble des professionnels de santé, mais aussi celui des malades et de leurs proches* ». En 2008, je pourrais écrire la même.

Mais la réalité a quand même changé, demain, notre système de santé sera aussi jugé sur la façon dont il prend en compte la douleur. Cette prise en compte est reconnue comme un droit fondamental de toute personne par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002. Lutter contre la douleur est une obligation éthique pour les soignants, l’essence même de la philosophie du soin. Le syndrome douloureux chronique devrait être reconnu comme une maladie, au même titre que le diabète ou les pathologies cardio-vasculaires...

Pour cet ouvrage très fonctionnel, nous avons fait appel à des spécialistes tant du domaine de la santé que de celui du droit.

Nathalie Lelièvre (Juriste droit de la santé, Membre de la commission Éthique et Douleur, AEU droit médical, DESS droit de la santé, Chargée de formation, Lyon), brosse un tableau synthétique et pratique des règles juridiques relatives aux professionnels de la prise en charge de la douleur ainsi que de la mission du médecin expert dans une action judiciaire.

Le Docteur Frédéric Aubrun (Médecin anesthésiste, Département d'anesthésie réanimation-chirurgicale, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, Paris) développe la place du protocole dans la prise en charge de la douleur.

Par ailleurs, quelle est la mission du médecin face au patient douloureux et à l'arrêt maladie? Le Docteur Jacqueline Cardona (Médecin légiste spécialisée Santé publique) répond à cette question à laquelle les médecins sont souvent confrontés.

Enfin, Céline Avengozar et Gilles Barbier (Assistance en ligne Handicap) proposent des solutions de réinsertion professionnelle et sociale face au handicap et à la douleur.

Nous souhaitons que cet ouvrage, à la fois original et innovant tant par le thème abordé que par sa façon de traiter les aspects médico-légaux dans le cadre de la prise en charge de la douleur, permette aussi bien aux professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes, qu'aux experts judiciaires, médecins experts ou enseignants en médecine légale, de mieux appréhender et comprendre ce vaste domaine, et qu'il apporte un soutien, voire une aide, dans leur pratique quotidienne.

### *Références*

1. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. D. Bouhassira et al. Pain (2007), doi:10.1016/j.pain.2007.08.013.
2. Genèse des recours urgents ou non programmes à la médecine générale, Études et résultats n° 607 novembre 2007, <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultats/er607/er607.pdf>
3. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. Eur J Pain, 2006 ; 10 : 287-333. Breivik H et col.

4. Étude observationnelle des patients atteints de douleurs neuropathiques dans les structures de Traitement de la Douleur en France SEFTD, mai-juin 2007, (1410 patients, 88 structures).
5. National Institutes of Health. NIH Guide : New Directions in Pain Research I. September 4 1998. Available from <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-98-102.html> accessed on August 6<sup>th</sup>, 2007-11-17

## 2. PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : LES RÈGLES JURIDIQUES

*Nathalie Lelièvre*

*« Ô douleur, ô douleur, le temps mange ma vie »  
(Charles Baudelaire, Les Fleurs du mal)*

Les réponses à la douleur ont évolué au fil du temps, grandement conditionnées par les possibilités de l'antalgie aux diverses époques. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients pose le principe selon lequel: « [...] *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).

Faire le point sur l'évolution des textes relatifs à la prise en charge de la douleur semble être un préambule nécessaire. En effet, l'abondance des textes relatifs à la prise en charge de la douleur atteste de son importance. Les pouvoirs publics l'ont dans un premier temps fixé comme une priorité nationale. Depuis, un long chemin a été parcouru via les réformes successives du code de santé publique, du code de déontologie médicale, les multiples circulaires, la loi du 4 mars 2002 et les trois plans de lutte contre la douleur.

La philosophie de ces textes: soulager la douleur du patient pour mieux respecter sa dignité.

L'obligation de prise en charge de la douleur est le résultat d'une succession de textes qu'il convient, d'une part de reprendre dans l'ordre chronologique pour mieux en analyser le contenu. D'autre part, d'examiner le contenu de cette obligation et ses conséquences sur le plan de la responsabilité des professionnels de santé. Et enfin, d'étudier la position du juge face à une carence de prise en charge de la douleur.

## ■ DOULEUR ET DROITS, QUELLES ÉVOLUTIONS ?

Contrairement aux idées reçues la loi du 4 mars 2002 n'a pas créé l'obligation de prise en charge de la douleur. Elle en a défini le contenu. L'analyse de l'évolution des textes ne peut se faire sans tenir compte des trois plans douleur successifs.

### ► Évolutions législatives

En 1995, le premier texte relatif à la prise en charge de la douleur impose aux établissements d'inscrire dans leur projet d'établissement les moyens mis en place pour prendre en charge la douleur des patients <sup>(1)</sup>. La lutte contre la douleur ne pourra plus se résumer à l'énoncé de vœux ou d'objectifs, mais à la mise à disposition de moyens concrets et à la réalisation d'actions tangibles qui devront être définis dans le projet d'établissement.

En 1996, une ordonnance rappelle que la prise en charge de la douleur s'impose à tous les patients et cite entre autres : les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées. L'intervention d'un tel texte atteste des lacunes dans la prise en charge des patients non communicants ! <sup>(2)</sup>

Reconnu comme un droit fondamental pour toutes personnes par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 <sup>(3)</sup>, le soulagement de la douleur s'inscrit parmi les objectifs à atteindre pour les cinq prochaines années dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004. <sup>(4)</sup>

Tout doit être mis en œuvre pour apporter au malade l'information nécessaire afin qu'il ne subisse plus sa souffrance comme une fatalité.

Il est dès lors incontestable que chaque professionnel de santé, chaque établissement se doit de garantir une pérennité de la prise en charge de la douleur. Dans ce sens, le manuel d'accréditation version 2 items 27) et 32) font référence à la prise en charge de la douleur comme gage de qualité des soins <sup>(5)</sup>. En cours la version 3, qui mentionne parmi les huit objectifs de la certification la prise en charge de la douleur <sup>(6)</sup>.

Ainsi, l'item 34 met la priorité sur la traçabilité de la prise en charge de la douleur dans le dossier du patient. À l'avenir, les professionnels et notamment les infirmiers devront de façon systématique noter dans le dossier de soins du patient l'évaluation de sa douleur. Dans la pratique, l'évaluation est faite mais l'on retrouve encore trop rarement ces éléments dans le dossier. Il est également mis l'accent sur l'information donnée au patient sur les modalités de sa prise en charge. Il est fort probable qu'un formulaire d'information sur la prise en charge de la douleur devra être remis au patient lors de l'accréditation version 3.

### ► Photographie des plans douleurs

Le premier plan douleur (1998-2001)<sup>(7)</sup> partait du postulat : « *La douleur n'est pas une fatalité* », et l'inscrivait comme une priorité de santé publique. Avec le recul des années, les professionnels de santé ont constaté que l'information n'avait pas toujours été bien comprise du grand public. En effet, le public a davantage retenu « Hôpital sans douleur » et, de ce fait, les patients ne comprenaient pas qu'ils puissent avoir mal. Le slogan de la campagne d'information du premier plan était « la douleur parlez-en, on peut la soulager » mais il a été retenu « zéro douleur » qui est une douce utopie.

En 2002, le second plan était lancé pour quatre ans et marquait une étape supplémentaire : le contrat d'engagement de lutte contre la douleur. La même année, soit le 4 mars 2002, la loi relative aux droits des usagers de la santé posait comme principe que la prise en charge de la douleur est un droit fondamental<sup>(8)</sup>.

Principe repris dans le postulat du troisième plan couvrant la période 2006-2010. Un nouveau défi est lancé avec la coordination européenne des politiques de recherche et de programmes de prise en charge de la douleur<sup>(9)</sup>.

« [...] *Véritable enjeu de santé publique et critère de qualité et d'évolution d'un système de santé [...]* »

Il est dès lors incontestable que chaque professionnel de santé, chaque établissement se doivent de garantir une prise en charge de la douleur de qualité, c'est-à-dire dans les règles de l'art.

## ► Constat de huit années d'organisation de la prise en charge de la douleur

Le troisième plan note une nette amélioration dans les secteurs suivants :

- Amélioration de l'information des patients notamment via le contrat d'engagement de lutte contre la douleur ;
- Amélioration des formations tant au niveau de la formation initiale que continue ;
- Renforcement de la prise en charge des douleurs chroniques.

Cependant, on peut regretter une disparité de la prise en charge de la douleur selon les régions. Rappelons que la prise en charge est un droit fondamental, une telle disparité ne devrait et ne doit pas perdurer. Tous les patients ont le droit à une prise en charge de la douleur du premier au dernier souffle de la vie.

Il est souvent mis en avant l'importance de l'information du patient (les trois plans vont dans ce sens, certification versions 1 et 2 et 3) sur les modalités de prise en charge de la douleur. Il est particulièrement nécessaire de cibler cette information sur les attentes du patient et les limites d'un traitement. Parfois, la douleur peut être soulagée mais ne va pas disparaître et il revient alors tant au médecin qu'au patient de déterminer les priorités de la prise en charge (mieux dormir, diminuer les pics de douleur à certains moments de la journée pour être présent avec sa famille et retrouver sa place dans la cellule familiale) mais aussi les deuils à faire (diminuer son rythme de travail, cesser des activités qui sont facteurs de douleur). La prise en charge de la douleur est une prise en charge globale tant de la part du professionnel de santé que du patient.

## ► Les priorités du 3<sup>e</sup> plan

*Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie.*

Il est important de noter que, dans tous les plans, la prise en charge des personnes âgées, des enfants et des personnes handicapées est une cible constante. La France serait-elle encore réfractaire à la prise en charge de la douleur des patients qui ne s'expriment pas ?

Il est, en revanche, rassurant de lire la notion de « bientraitance » des

personnes âgées. En effet, le plan précise l'importance de prévenir les douleurs provoquées par les actes de soins mais aussi par les actes de la vie courante comme les toilettes pour les personnes âgées. Être âgé ne doit pas être un motif de non prise en charge de la douleur et une raison pour rester fataliste face à la douleur des personnes âgées : « *Avec votre âge, je ne peux guère faire des miracles* ». Là où la loi ne distingue pas il n'y a pas lieu de le faire. La loi précise bien : « *Tout patient a le droit* », en conséquence, il appartient à tous les professionnels de santé de tenir compte des douleurs et de les prendre en charge.

### ***Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients.***

Il est fondamental de former à la prévention de la douleur afin de limiter les douleurs provoquées par les soins. De plus, les EHPAD doivent se rapprocher des centres hospitaliers pour l'accompagnement à la fin de vie. La prise en charge de la douleur s'impose dans tous les établissements et la douleur ne connaît ni les week-end, ni les vacances ! Les médecins généralistes doivent être formés à la prise en charge de la douleur pour assurer la continuité des soins lorsque le patient sort d'hospitalisation.

### ***Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité***

Il est noté une nette amélioration de la prise en charge médicamenteuse de la douleur mais le relais en ville manque, voire reste inexistant dans certains cas.

Les protocoles de soins destinés à faciliter la prise en charge de la douleur ne sont pas encore suffisamment utilisés. Il subsiste des craintes quant à l'utilisation des protocoles. Il ne s'agit pas de protocoler à outrance mais d'anticiper des prescriptions pour lesquelles l'infirmier est amené le plus souvent à contacter un médecin en vue de la prescription d'un antalgique. La circulaire de 99 relative à la prise en charge des douleurs aiguës <sup>(10)</sup> prévoit que ces protocoles soient révisés au moins une fois par an. C'est difficilement réalisable, mais il convient de ne pas tomber dans l'excès inverse et de traiter des patients avec des protocoles de plus de dix ans, voire des protocoles signés par des médecins décédés !

L'intérêt de la mise à jour des protocoles est de favoriser l'évaluation

des conditions d'application et de les compléter par des observations sur l'organisation de la surveillance du patient, etc.

Point fort de ce plan, il est expressément fait référence au recours aux techniques non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur. « *Le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et les usagers les reconnaissent comme efficaces.*

*Il s'agit de traitements réalisés par des professionnels de santé qualifiés : traitements physiques tels que massages, kinésithérapie, physiothérapie (cryothérapie, électro-stimulation transcutanée : TENS), balnéothérapie, éducation posturale et gestuelle, et des méthodes psycho-corporelles ou comportementales (hypnose, relaxation, sophrologie). » (Plan d'amélioration de la douleur 2006-2010).*

***Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif***

Structurer le développement de la prise en charge des douleurs chroniques et partager les expériences, échanges entre professionnels.

## ■ LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Les acteurs sont nombreux. En effet, le leitmotiv de l'ensemble des textes est de plaider en faveur d'une pluridisciplinarité des intervenants. Chaque intervenant auprès d'un patient doit détecter tout signe de douleur potentiel pour l'évaluer et mettre en place un traitement adapté aux besoins du patient.

### ► Établissements de santé

Les établissements de santé publics ou privés et les établissements sociaux et médico-sociaux (principe rappelé dans le troisième plan douleur) et toutes les personnes intervenant dans la chaîne des soins doivent tenir compte de la douleur du patient et intervenir.

- Quelle que soit l'unité ou la structure de soins dans laquelle le patient est accueilli ;

- Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur (du premier au dernier souffle de la vie) ;
- Obligation de définir la politique de prise en charge de la douleur dans le projet d'établissement.

## ► Les professionnels

### *Médecins*

Quelle que soit la spécialité (médecin généraliste, cardiologue, chirurgien, etc.), la prise en charge de la douleur est une obligation.

C'est un acte de soin et, à ce titre, le médecin se doit de tout mettre en œuvre pour tenter de la soulager, mais il n'est pas tenu à une obligation de résultat qui consisterait à faire disparaître la douleur. Il doit donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises et actuelles de la science. L'annonce du premier plan douleur était « Zéro douleur à l'hôpital », utopie bien douloureuse pour les professionnels de santé et les patients.

Code de la santé publique (nouvelle partie réglementaire), article R. 4127-37 (décret n° 2006-120 du 6 février 2006, art. 1, Journal Officiel, 7 février 2006) : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie* ».

L'article 37, considérablement modifié par la loi du 27 avril 2005, se divise en deux parties. La première définit l'obligation du médecin d'une façon générale : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement* ». La seconde concerne les patients en fin de vie. Le leitmotiv reste la priorité de la prise en charge de la douleur du patient.

### *Infirmiers*

La prise en charge de la douleur est intégrée dans le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmiers <sup>(12)</sup> qui précise que tout infirmier (hospitalier et libéral) évalue la douleur dans le cadre de son rôle propre (art. 2.5°), est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques selon des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin (art. 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 (art. 9).

La définition même du rôle propre de l'infirmier est d'avoir la gestion, l'initiative des soins relevant de son rôle propre et l'évaluation de la douleur fait partie de ses missions. Évaluer, c'est bien mais le noter sur le dossier de soins infirmier, c'est mieux (traçabilité des soins).

Selon les normes de qualité diffusées par le ministère de la Santé <sup>(13)</sup>, dès l'arrivée et tout au long du séjour de la personne soignée, l'infirmier « *applique les prescriptions médicales et/ou les protocoles spécifiques à la douleur, en assure la surveillance et en évalue les effets* ».

L'infirmier intervient dans trois secteurs : la prévention, l'évaluation et le traitement. Cependant, il ne peut pas prendre l'initiative d'un traitement sans prescription médicale. Ainsi, dans un souci de bonne gestion des soins et de qualité de la prise en charge de la douleur, il est fondamental que les services prennent l'habitude de rédiger des protocoles de soins pour faciliter la prise en charge de la douleur.

### *Aides soignants*

L'aide soignant a également un rôle important dans l'évaluation de la douleur. L'arrêté de janvier 2005 mentionne bien parmi les missions : Unité 2 - Apprécier l'état clinique d'une personne : « *Identifier les signes de détresse et de douleur* » <sup>(14)</sup>.

Il est primordial que dans les services une véritable organisation pluridisciplinaire soit mise en place : médecins, infirmiers, aides soignants ; chacun a un rôle déterminant pour optimiser la prise en charge du patient et prévenir tous facteurs de douleur.

## ■ LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRISE EN CHARGE

Existe-t-il des règles juridiques à la prise en charge d'un patient âgé, mineur? Le principe est l'accès aux soins pour toutes personnes sans discrimination quelconque. À ce noble et humble principe, se greffent des chartes, des recommandations, des programmes relatifs à la prise en charge des personnes âgées, et à l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse pour les enfants. L'ensemble des textes cités ci-dessus sont pris en considération par les experts judiciaires, les magistrats lors d'un litige.

### ► Prise en charge de l'enfant

L'une des cibles du 3<sup>e</sup> plan, c'est « *améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment les enfants et les adolescents, personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie [...].* »

L'information de l'enfant et des parents sur l'organisation de la prise en charge est une étape importante pour rassurer parents et enfant. L'information doit être adaptée aux capacités de l'interlocuteur. Au regard du droit, le professionnel de santé ne recherche pas le consentement de l'enfant mais celui des parents. Cependant, d'un point de vue éthique il semble difficile de mettre en place un traitement « par force ». L'ensemble des textes rappelle l'importance de l'information du patient et que celle-ci doit être adaptée aux capacités de compréhension du patient. Le mineur a le droit d'être informé des raisons pour lesquelles le traitement est mis en place, ce qu'il peut en attendre, les limites mais aussi les effets secondaires (sans pour autant que cette information devienne anxiogène). Il est recherché avant tout l'adhésion du mineur au traitement.

L'opposition à la mise en place d'un traitement morphinique peut-elle être considérée comme présentant un danger pour l'enfant?

Une mesure d'assistance éducative est mise en place dès lors qu'il y a une carence, une opposition de nature à mettre en danger la santé de l'enfant.

La mesure d'assistance éducative est réservée aux cas extrêmes. L'étude de la jurisprudence montre que l'article 28 n'est utilisé que dans des cas très graves (enfant atteint de malformations très graves).

*« En l'absence de la part des parents d'une faute susceptible de mettre en péril la vie de l'enfant d'une part, et en l'absence de danger immédiat pour le mineur d'autre part »* (Nancy 4 juin 1982 et Nancy 3 décembre 1983 JCP 1983, II, 20081 note Raymond).

Le droit associe la notion de danger à celle de risque vital pour l'enfant. Dans ce cas, priver un enfant de morphinique pour soulager la douleur peut-il être considéré comme étant de nature à mettre en péril la vie de l'enfant ? L'enfant peut s'épuiser par la douleur et décéder dans certains cas. Dans un cas extrême, ne peut-on pas envisager que le refus du traitement met en danger l'enfant et que l'équipe médicale est en droit de saisir le juge pour prodiguer les soins nécessaires ? Dans cette hypothèse, il faudra rapporter la preuve au juge que l'équipe se trouve en situation d'impasse thérapeutique et que le refus de morphinique place l'enfant en danger.

À la lecture de nombreux articles, rapports et divers travaux, il ne semble pas que cette question ait été posée à l'Académie de médecine, ni au Conseil national d'éthique.

Il pourrait être intéressant de les consulter car la prise en charge de la douleur des enfants reste un souci constant. D'autant plus, l'OMS précise bien que la santé est un bien-être physique et psychique. Or, priver un enfant du droit de ne pas souffrir est une atteinte à son intégrité physique et psychique. La notion de danger pourrait être revue et évoluer au vue de l'avancée des sciences et ne pas se limiter strictement à la notion de risque vital.

### ► **Prise en charge des patients âgés**

Dès les premiers textes, il était rappelé l'importance de prendre en charge la douleur des personnes âgées. Le troisième plan douleur cite parmi les cibles : la prise en charge de la douleur chez le patient âgé. Cette persistance à devoir rappeler ce principe signifie-t-il que la personne âgée n'aurait pas le droit à un peu de douceur et que vieillir va de paire avec souffrances et poly-pathologies ?

Il est, en revanche, rassurant de lire la notion de « bientraitance » des personnes âgées. En effet, le plan précise l'importance de prévenir les douleurs provoquées par les actes de soins mais aussi par les actes de la vie courante comme la toilette ou la mise au fauteuil.

En effet, la personne âgée présente assez souvent des poly-pathologies et la toilette ou la mise au fauteuil peuvent être à l'origine de douleurs. Il est alors recommandé dans les services (pas seulement hospitaliers) de s'organiser et de prévenir cette douleur en mettant en place des protocoles afin de donner un traitement antalgique au patient. Pour cela, encore faut-il une certaine organisation dans les services pour éviter que des toilettes soient faites alors que le traitement vient d'être donné au patient ou, à l'inverse, en fin d'action du traitement. On peut légitimement s'interroger sur cette notion de bientraitance. L'absence d'organisation de prise en charge de la douleur, peut-elle être qualifiée de maltraitance ? À ce jour, nous n'avons pas de décision, ni de publication. Il est primordial que dans les services une véritable organisation pluridisciplinaire soit mise en place ; médecins, infirmiers, aides soignants : chacun a un rôle déterminant pour optimiser la prise en charge du patient et prévenir tous facteurs de douleur.

La loi ne fait aucune distinction, le principe est simple : Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur. Que le patient soit jeune ou âgé, sa douleur doit être prise en compte et traitée eu égard aux connaissances de la sciences. Cependant, le débat reste ouvert quant à savoir si le défaut de prise en charge de la douleur chez un sujet âgé peut être qualifié de maltraitance du fait de cette nouvelle notion de « bientraitance » introduite avec le troisième plan douleur.

## ■ DOULEUR ET FIN DE VIE : QUE DIT LA LOI LÉONETTI ?

La loi Léonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des patients en fin de vie, complétée par les décrets du 6 février 2006 <sup>(15)</sup>, a recherché une solution éthique à l'encadrement juridique de la relation médicale entre le médecin et le malade en fin de vie.

Cette loi apporte trois dispositions essentielles à la relation de soins et favorise l'expression de la volonté et la discussion en collégialité.

Le médecin ne doit pas être limité dans la prise en charge de son patient par des craintes judiciaires. C'est la raison pour laquelle l'article L1110-5 du code de santé publique prévoit la possibilité : « Les

*professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical ».*

### **Démarche des professionnels de santé**

- Information du patient des risques éventuels du traitement et notamment de la possibilité d'abrèger la vie ;
- Information également de la famille et des proches ;
- Il est fondamental de faire comprendre, tant au patient qu'à sa famille, que le médecin agit dans le respect des règles du bon usage des médicaments. L'intérêt premier est de soulager les douleurs du patient, mais avec un risque d'abrèger la vie ;
- Traçabilité de la décision. Le médecin devra être en mesure de prouver qu'il agit dans les règles de l'art et que l'intention première était bien la prise en charge de la douleur.

Il est important de préciser que l'équipe intervient dans le respect de la pharmacopée. En effet, il ne s'agit nullement pour l'équipe de soulager le patient en lui administrant des doses importantes de traitements dans le but de le faire décéder. La démarche du professionnel de santé est d'informer son patient qu'il a la possibilité de mettre en place un traitement antalgique mais que l'administration de ce traitement peut avoir pour effet délétère de provoquer le décès du patient. L'intention première du professionnel est bien de prendre en charge la douleur du patient et non de chercher à provoquer le décès.

Dans ces situations, ce n'est pas tant la loi qui apporte une solution mais l'éthique des soins, la priorité étant toujours d'intervenir dans l'intérêt du patient et de tenir compte de ses souhaits.

## ■ DÉFINITION DE L'OBLIGATION DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

L'article L 1110-5 du code de santé publique pose le principe selon lequel « *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...* »

La loi du 4 mars 2002 précise bien que l'équipe médicale se doit d'écouter (mission d'évaluation), ne pas laisser s'installer la douleur (mission de prévention) et la traiter (la prise en charge de la douleur est reconnue comme un acte de soin).

### ► Prévention de la douleur

*Il résulte des dispositions de l'article L 1110-5 du CSP que les soignants doivent s'efforcer de prévenir la douleur*, notamment lors des soins douloureux (pansements, biopsie, rééducation, etc.).

Le plan de lutte contre la douleur 2002-2005 était, entre autre, ciblé sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie. À cette fin, le deuxième plan rappelait l'importance de développer les protocoles définis dans la circulaire n° 98/94 du 11 février 1999 <sup>(10)</sup>. L'intérêt est de pouvoir répondre rapidement à un besoin, en l'occurrence apaiser et prévenir la douleur.

L'une des cibles du 3<sup>e</sup> plan est la notion de la prévention de la douleur chez la personne âgée en ajoutant le terme de bienveillance (cf. prise en charge des patients âgés).

*L'information du patient sur la prise en charge de la douleur*, sur les risques de douleurs provoquées par un soin, trouve toute sa place dans la prévention. En effet, un patient bien informé est un patient qui sera en mesure de gérer sa douleur, de l'évaluer et d'être actif pour sa prise en charge avec les professionnels de santé. Il ne s'agit pas d'inquiéter le patient, mais de l'informer des apports des traitements et aussi de leurs limites pour prévenir toutes angoisses lors de la survenue de douleur.

## ► Évaluation de la douleur

La prescription d'un antalgique n'est pas une fin en soi ; encore faut-il veiller à son administration effective et à son efficacité sur l'évolution de la douleur du patient : pour cela il convient d'évaluer la douleur du patient à l'aide des dispositifs existants et de réévaluer le traitement mis en place.

Le suivi du patient douloureux nécessite un travail d'équipe nécessairement pluridisciplinaire.

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier évalue la douleur du patient (article 2, 5° du décret n° 2002-194 du 11 février 2002). Si l'infirmier constate que le traitement antalgique administré au patient n'est pas suffisant, il en informe le médecin qui changera éventuellement le traitement ou l'adaptera selon les besoins du patient.

L'évaluation est importante car elle permet au médecin de juger de l'efficacité ou non du traitement et de prendre les mesures en conséquence. Par ailleurs, 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 médical doit être tenue avec la plus grande rigueur avec mention des heures d'évaluation, de la cotation (cotations au repos et lors des mobilisations) et du suivi.

L'absence de toute mention dans le dossier de soins laisserait à penser, dans l'hypothèse d'une saisie du dossier par un expert judiciaire, que l'évaluation n'a pas été faite ; ce dernier pourrait en conclure une défaillance ou un manquement dans la prise en charge de la douleur.

## ► Traitement de la douleur

Le médecin n'est pas tenu à une obligation de guérison, en l'espèce, qui consisterait à la disparition des douleurs. En revanche, il doit s'efforcer de mettre en œuvre les moyens antalgiques dont il dispose pour soulager au mieux son patient. La prise en charge de la douleur est un acte de soin à part entière et, à ce titre, le professionnel de santé est tenu à une obligation de moyen. Cette obligation se définit comme une « *prise en charge attentive, consciencieuse et conforme aux données actuelles et acquises de la science* ».

Préalablement à la mise en place d'un traitement, le médecin doit prêter attention aux effets du traitement et notamment aux effets iatrogènes. La prise en charge de la douleur est une prise en charge pluridisciplinaire mais aussi, et surtout, globale. En effet, le professionnel de santé doit tenir compte des traitements pris par le patient et les effets du traitement prescrit. Lors d'une prescription pour un patient travaillant sur des machines ou un professionnel de la route, il est important d'attirer son attention sur les risques de somnolence et sur le fait de bien prendre le traitement une fois sa journée terminée, et de prendre de préférence ce médicament au moment du coucher.

Enfin, il est à noter l'importance de la formation continue en ce domaine « ...*La formation continue constitue un élément essentiel pour assurer l'adhésion des personnels à la politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur...* » Guide de mise en place du plan de lutte contre la douleur 2002-2005.

D'autant plus que la loi du 4 mars 2002 précise bien que « *la formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique [...]. [...] Elle constitue une obligation pour tout médecin [...]* » Article L 4113-1 CSP.

La prise en charge de la douleur fait partie des priorités de santé publique ; dès lors, le médecin est tenu de se former sur les traitements de la douleur eu égard à sa spécialité afin de prodiguer des soins consciencieux et conformes aux données actuelles et acquises de la science comme l'exige la jurisprudence. L'obligation pesant sur le médecin est de donner des soins conformes aux données acquises de la science à la date des soins (Cour de Cassation, 6 juin 2000).

La prise en charge de la douleur ne se limite pas à la notion de traitement et encore moins à une obligation de la faire disparaître. C'est un ensemble de gestes : savoir prévenir la douleur, l'évaluer pour mieux la traiter.

## ■ DOULEUR ET JUSTICE

Aux termes de l'article L 1142-1 du CSP « *Hors les cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut de produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du code, ainsi que les établissements, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ...* ».

Dans l'hypothèse d'une action en responsabilité civile ou administrative pour manquement à l'obligation de prise en charge de la douleur, c'est le droit commun qui s'applique à savoir la responsabilité pour faute. Trois conditions dites cumulatives doivent alors être réunies : l'existence d'une faute, d'un dommage et du lien de causalité.

### ▷ La responsabilité pour faute : le principe

*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.*

Cette obligation s'apprécie par rapport aux règles de l'art, à savoir le médecin doit donner des soins consciencieux et conformes aux données actuelles et acquises de la science. C'est la raison pour laquelle la formation initiale et continue dans la prise en charge de la douleur sont essentielles, voire primordiales.

L'obligation de prise en charge de la douleur étant une obligation de moyen, la preuve d'une faute doit dès lors être rapportée par le plaignant.

### *L'existence d'une faute*

La faute peut être un manquement lors de la prise en charge de la douleur soit au stade de la prévention, soit au stade du traitement ou de l'évaluation du patient. Elle peut trouver aussi son origine dans l'acte de soin lui-même, ou une insuffisance d'information du patient. L'acte de soin peut être un manquement dans l'organisation des soins, le choix du traitement (non approprié à l'état du patient), un manquement aux règles de sécurité ou non-conforme aux règles de l'art.

La faute se définit d'une façon générale comme « *l'erreur de conduite intentionnelle ou non, susceptible d'engager la responsabilité de*

*son auteur* » : Dictionnaire du vocabulaire juridique.

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur, le médecin commet une faute s'il fait preuve de négligence, de désintérêt dans la prise en charge de la douleur du patient. L'existence ou non d'un comportement fautif s'analyse, entre autre, au regard des dispositions du code de santé publique, code de déontologie et plus particulièrement en la matière de l'article 37 « *le médecin doit s'efforcer de soulager le patient* », complété des recommandations professionnelles de bonnes pratiques.

Dans ces circonstances, un médecin qui n'utiliserait pas des moyens existants pour soulager un patient et le laisserait souffrir pourrait voir sa responsabilité civile, et éventuellement disciplinaire, engagée si le conseil de l'Ordre des Médecins est saisi de l'affaire.

### **La faute peut être un manquement à l'obligation d'information.**

L'information du patient est le fondement de l'expression même de sa liberté à consentir ou de refuser les soins. La loi du 4 mars 2002 l'inscrit dans le Code de santé publique comme un principe général et fondamental dans la relation soignant-soigné. Depuis la loi du 4 mars 2002, les principes relatifs au devoir d'information sont posés par les textes et constituent des références pour chaque professionnel de santé et se doit de les connaître et les d'appliquer.

*« L'information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus [...] »*

L'article L1111-2 du CSP précise que, dans son principe, l'information doit porter sur :

- l'état du patient, l'évolution prévisible et les soins conseillés ;
- la nature et les conséquences de la thérapeutique proposée ;
- l'utilité du traitement proposé ;
- les alternatives éventuelles (informer des avantages et inconvénients des différentes thérapies proposées ; mettre en valeur le bénéfice-risque des traitements proposés) ;
- les suites normales du traitement ou de l'intervention et leurs conséquences ;
- l'urgence éventuelle.

Il y a constatation de faute pour le médecin qui n'informe pas son patient des risques éventuels de la technique de soins à laquelle il a recours.

### *L'existence d'un dommage*

La faute doit avoir causé un préjudice au patient soit, en l'espèce, des douleurs inutiles car celles-ci auraient pu être prises en charge par des traitements plus appropriés; ou une absence de changement de traitement suite à l'évaluation qui laisse présumer une carence du traitement.

Le dommage se définit comme la lésion subie et le préjudice est la conséquence de la lésion. En l'espèce, il s'agit d'indemniser le dommage résultant d'un manquement, d'une insuffisance dans la prise en charge de la douleur.

Cependant, la douleur est une donnée si subjective, si différente d'un patient à un autre, que l'appréciation du dommage sera très certainement source de longues réflexions pour l'expert saisi pour l'évaluer.

Le dommage peut résulter aussi du recours défectueux à une technique en vue de soulager les douleurs d'un patient. Si un professionnel, suite à un geste technique, cause à son patient un dommage (comme perte de la motricité du 5<sup>e</sup> doigt) et que ce patient est peintre ou pianiste professionnel, le dommage est à la fois corporel et pécuniaire (perte de revenu et conséquences sur son avenir professionnel). Pour déterminer le montant de l'indemnisation, le juge tient compte de l'ensemble de ces éléments.

Il est certain que le dossier médical sera une pièce essentielle, voire fondamentale dans l'appréciation de la faute et du dommage.

Il est vivement conseillé de gérer le dossier médical avec la plus grande rigueur et de bien mentionner les évaluations, les traitements, les observations sur l'évolution du patient.

Pour défaut d'information, il convient de distinguer deux hypothèses :

- S'il est établi que le patient aurait pris une autre décision, s'il avait été informé, il doit être indemnisé du préjudice avec possibilité de procéder à une diminution de l'indemnisation en appliquant la théorie de la perte de chance;
- Si cette faute n'a pas eu de caractère déterminant, la responsabilité du médecin peut être écartée.

La Cour de cassation, intervenue dans la célèbre affaire “Hédreul”, a rappelé qu’un médecin, même s’il a manqué à son obligation d’information à l’égard du patient, peut parfaitement ne pas être condamné, dès lors que cette faute n’a pas été déterminante dans la décision du patient, en d’autres termes, dès lors que le patient n’aurait pas modifié sa décision s’il avait été régulièrement informé. Cette solution a, depuis, été confirmée à de très nombreuses reprises.

Dans un arrêt rendu par la cour d’appel d’Aix-en-Provence, une patiente, atteinte d’une dysphonie pour laquelle elle avait subi une ablation d’un kyste épidermique sur une corde vocale et deux injections de Téflon, avait assigné le médecin l’ayant opérée en réparation de son préjudice. Après avoir relevé que l’obligation d’information du médecin porte sur tous les risques fréquents ou graves et normalement prévisibles, ainsi que sur les risques exceptionnels, la cour d’appel a logiquement considéré que cette obligation ne saurait porter sur un risque inconnu à l’époque des soins. Or, en l’espèce, rien ne permet d’affirmer qu’au moment où les injections de Téflon ont été réalisées, la nocivité de ce produit était connue et que celui-ci n’était pas autorisé, de sorte qu’aucun manquement à l’obligation d’information ne pouvait être retenu à l’encontre du médecin (cour d’appel d’Aix-en-Provence, 10<sup>e</sup> ch., sect. B, 21 février 2007, n° 04/11740, Madame Hélène C. épouse P. c/ Monsieur Michel G.).

### *Un lien de causalité*

La cause du dommage est la conséquence de la faute. C’est parce que les douleurs n’ont pas été prises en charge correctement, selon les règles de l’art, que le patient a subi des douleurs “inutiles”. Une prise en charge dans les règles de l’art aurait dû éviter les douleurs subies par le patient ou les diminuer.

L’absence d’un seul de ces éléments contribue à écarter la responsabilité du médecin. Ainsi, si le médecin a donné « *des soins consciencieux et conformes aux données actuelles et acquises de la science* » mais que les douleurs ont, malgré tout, persisté, la responsabilité du médecin est écartée en raison de l’absence de faute.

## ► L'absence de prise en charge de la douleur qualifiée de faute

Par décision du 13 juin 2006, la responsabilité administrative d'un centre hospitalier a été retenue pour absence de prise en charge de la douleur d'un patient admis aux urgences. Vers 8 heures 30, ce patient est admis aux urgences. À la suite de deux tentatives infructueuses de sondage, une échographie est réalisée à 11 heures.

Dans l'attente d'un appel de l'urologue, l'interne tente à nouveau un sondage avec succès à 15 heures 30. À 17 heures 30, le patient est transféré au centre hospitalier départemental avec l'accord du chirurgien viscéral. Vers 18 heures 30, le patient décède.

La fille du défunt ne conteste pas les conditions de prise en charge de son père. En effet, le décès de son père n'est pas la conséquence ni d'un retard de prise en charge, ni d'une éventuelle inadaptation de celle-ci.

En revanche, il est mis en avant l'absence totale de prise en charge de la douleur : « *Le centre hospitalier ne démontre ni l'impossibilité d'administrer à l'intéressé des antalgiques majeurs par voie veineuse ou sous-cutanée en raison de son âge et de sa tension artérielle, ni, dans cette hypothèse, l'absence d'utilité de l'administration par voie orale d'antalgiques mineurs ; que, compte tenu de l'état de souffrance et de la pathologie de Monsieur L, l'absence de tout traitement antalgique est constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier* ».

Tant le tribunal administratif que la cour d'appel reprochent l'absence de prise en charge de la douleur du patient : « [...] *L'absence de tout traitement antalgique est constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier* ».

La faute retenue à la charge de l'établissement est bien l'absence de toute prise en charge de la douleur du patient. Cette faute a aggravé les souffrances physiques subies par Monsieur L. avant son décès. Dès lors les conditions de droit pour retenir la responsabilité de l'établissement sont bien réunies : une faute, un dommage et le lien de causalité. C'est donc à bon droit que la demande de la fille du défunt a été retenue : « *Considérant qu'il résulte de ce qui précède que Mme L. est fondée à soutenir que c'est à tort que le tribunal administratif a limité à un euro le montant de l'indemnité mise à la charge du*

*centre hospitalier; qu'il y a lieu de porter à 1 500 euros le montant de cette condamnation [...] ».*

### **Précisions sur la procédure**

Comme les faits se sont produits dans un établissement public, la demande d'indemnisation est formée contre l'hôpital et devant le tribunal administratif. C'est pour cette raison que le centre hospitalier est mis en cause.

### **Accentuer la prise en charge de la douleur des personnes âgées**

Cette décision nous montre tout l'intérêt du troisième plan douleur de citer parmi les cibles la prise en charge de la douleur de la personne âgée. Le troisième plan va même au-delà en précisant que la douleur doit être anticipée et utilise la notion de « bienveillance » en référence à la prise en charge de la douleur des personnes âgées. Des résistances semblent perdurer lors de la prise en charge de la douleur des personnes âgées.

Dans la présente affaire, il est mis en évidence que le centre hospitalier ne prouve pas d'impossibilité ou de contre-indication à la mise en place d'un traitement antalgique. Dans ces conditions, l'absence de traitement antalgique constitue bien une faute (Cour administrative d'appel de Bordeaux, 13 juin 2006) <sup>(16)</sup>.

## **■ CONCLUSION**

L'analyse des engagements (plans de lutte contre la douleur, textes juridiques, décisions de justice, formation des professionnels, etc.) laisse à penser que la prise en charge de la douleur évolue dans le bon sens. Pourtant, entre l'engagement individuel des professionnels et l'accompagnement matériel de cette volonté, des difficultés persistent. La bonne volonté, l'engagement contre la douleur est encore trop souvent bloquée par des considérations économiques.

*« La permanence et la durée ne sont promises à rien, pas même la douleur » (Marcel Proust).*

Partant de cette philosophie, on peut alors souhaiter que l'ensemble des textes relatifs à la prise en charge de la douleur permettra à l'ensemble des soignants d'accomplir cette noble mission de soulager la douleur des patients.

### Résumé

« *La douleur n'est pas une fatalité* », tel était le postulat de départ du premier plan de lutte contre la douleur. Depuis, un long chemin a été parcouru et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades résume l'esprit de l'ensemble des textes relatifs à la prise en charge de la douleur : « ...*Toute personne a droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur...* ». À la notion de droit s'oppose celle de devoir. Le médecin a dès lors l'obligation de prendre en considération la douleur et de s'efforcer de la soulager. Le cas échéant, il pourrait voir sa responsabilité civile et/ou disciplinaire engagée.

Toutefois même si la prise en charge de la douleur fait partie des priorités nationales, il n'en demeure pas moins que le médecin reste tenu à une obligation de moyen et non de résultat dans le cadre de la prise en charge de la douleur.

### Mots clés

Responsabilité pour faute.

Obligation de prise en charge de la douleur.

Information.

Plan de lutte contre la douleur.

Prévention de la douleur.

## Références

1. Loi du 4 février 1995 n°95-116 portant diverses dispositions d'ordre social,
2. Ordonnance du 28 mai 1996 n°96-452 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire
3. Loi du 4 mars 2002 n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
4. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
5. Certification des établissements de santé version 2
6. Certification des établissements de santé projet de la version 3
7. Circulaire du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés
8. Circulaire du 30 avril 2002 n°266 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé
9. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 - 2010
10. Circulaire n°98/94 du 11 février 1999 relative à la mise en place des protocoles de prise en charge de la douleur aiguë
11. Code de déontologie médical figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112
12. Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V Professions de santé (Parties Réglementaires) du Code de Santé Publique Livre III Auxiliaires médicaux. Titre 1<sup>er</sup>: Profession d'infirmier ou d'infirmière chapitre 1<sup>er</sup>: Exercice de la profession Section 1: Actes professionnels.
13. DHOS, Bureau P2, « Soins infirmiers: normes de qualité », Guide du service de soins infirmiers, rubrique « Les prises en charge particulières », 2e éd., sept. 2001
14. Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant
15. Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et décret n° 2006-119 du 6 février 2006 sur les directives anticipées
16. Cour administrative d'appel de Bordeaux, 13 juin 2006;



### 3. MISSION DU MÉDECIN EXPERT DANS UNE ACTION JUDICIAIRE

*Nathalie Lelièvre*

*« Dès 1606, Henri IV prescrivait dans un édit que son premier médecin commettrait dans les villes, bourgs et lieux du royaume, un ou deux chirurgiens pour assister aux visites et rapports qui se feraient par ordonnance de justice et autrement. Les premières listes de médecins experts sont apparues à la fin du dix-neuvième siècle à la suite d'une loi du 30 novembre 1892. » <sup>(1)</sup>*

Si le calcul de l'indemnisation de la victime pour réparation du préjudice relève de l'appréciation souveraine des juges, il n'en demeure pas moins que, préalablement, le juge a recours à un expert médical pour statuer en connaissance de cause. En effet, le juge a besoin de s'appuyer sur des connaissances techniques pour rendre sa décision. L'expertise médicale permet d'éclairer le juge sur les soins prodigués au patient. En matière civile, pénale ou administrative, le juge saisi de l'affaire va nommer un expert inscrit sur la liste des experts auprès de la cour d'Appel.

Qu'elle soit ou non demandée, l'expertise est de plus en plus souvent ordonnée par le juge. En effet, la décision de diligenter une expertise dans un contentieux relève de la volonté du juge. S'il estime que celle-ci n'apportera rien de plus aux débats, il est en droit de la refuser. Cependant, dans le contentieux de la responsabilité médicale, le juge désigne généralement un expert pour qu'il soit procédé aux constatations médicales.

Le choix de l'expert relève également de la seule volonté du juge. Les parties (la demande ou la défense peuvent suggérer un expert mais le juge est libre de désigner un autre expert). La raison est simple, l'expert doit être impartial et, pour mener sa mission en toute indépendance vis-à-vis des parties, il ne doit pas les connaître. Si tel était le

cas il en informerait le juge qui désignerait un nouvel expert.

Lorsque le juge ordonne une expertise, il énonce la mission de l'expert. Celle-ci est très précise. Le rapport de l'expert judiciaire est fondamental pour le juge appelé à rendre une décision dans le cas d'une action en responsabilité médicale.

Le rapport de l'expert est un véritable instrument de travail qui doit être compréhensible, fiable et exploitable, permettant au juge de rendre en pleine connaissance de cause une décision de justice.

## ■ LA MISSION DE L'EXPERT

Le juge doit mentionner les points sur lesquels l'expertise porte. Ainsi, dans le cas du contentieux de la responsabilité médicale, il pourra être demandé de rechercher et décrire les blessures résultant de l'acte, leur nature, leur gravité, leurs conséquences, les soins, les traitements prodigués et ceux qui ont été nécessaires en raison de l'éventuelle carence de soins, de prise en charge de la douleur (la chronicité des douleurs du patient sont-elles la conséquence d'une carence dans la prise en charge de sa douleur suite à l'intervention?) Il doit également préciser la durée de l'incapacité temporaire, la date de consolidation et les taux successifs d'incapacité permanente partielle dont la victime a été et demeure atteinte. Il doit aussi donner son avis sur la gravité des souffrances subies pour évaluer le *pretium doloris*, préjudice esthétique, corporel, etc.

La mission de l'expert est de reconstituer l'histoire médicale. Cette reconstitution se fait, d'une part, par l'étude approfondie des pièces du dossier, et d'autre part, par l'audition des parties.

La mission confiée à l'expert peut porter sur :

- l'étude du dossier, l'audition des témoins, lorsque leur témoignage est indispensable au bon éclairage de la justice ;
- l'appréciation des faits médicaux tels qu'ils se sont déroulés : décrire si les soins prodigués ont été « conformes aux données actuelles et acquises de la science » et décrire s'il existe une éventuelle inobservation des règles de l'art dans l'administration des soins ;
- la recherche des causes des séquelles ;
- la relation de cause à effet entre la faute et le dommage ;
- la description des préjudices de la victime.

La démarche est délicate. L'expert doit se prononcer sur le fait de savoir si le professionnel de santé mis en cause a agi selon les règles de l'art ou non. Il doit se placer au moment où l'acte a été accompli. Il lui est demandé de dire ce qui se fait en pratique dans une situation donnée et non ce qui pourrait ou aurait pu se faire en théorie. Il doit se limiter strictement aux faits, au descriptif de la situation, des lésions du patient. Il ne doit pas émettre d'avis juridique.

Il peut arriver que l'expert ait recours à un spécialiste pour l'aider sur une question précise comme l'organisation de la prise en charge de la douleur. L'expert désigné est peut-être spécialisé dans la pathologie du patient mais si une question porte précisément sur la prise en charge des douleurs, la chronicité des douleurs, l'expert pourra faire appel à un professionnel de santé spécialisé en la matière. Sa fonction peut être soit d'intervenir pour décrire les douleurs de la victime et aider l'expert, et ensuite les magistrats, à évaluer et quantifier le *pretium doloris*. Mais il peut être aussi appelé dans le cadre de l'appréciation de la prise en charge de la douleur. Par ses connaissances et sa pratique, il va permettre de déterminer si la prise en charge de la douleur par le professionnel de santé mis en cause répond bien aux pratiques ou s'il existe une carence dans la prise en charge de la douleur. L'expert est libre du choix du spécialiste ("le sachant" technicien dit "homme de l'art" qui intervient sur demande d'une juridiction ou d'un expert pour donner son avis sur un problème technique)<sup>(4)</sup>. L'expert ne peut solliciter l'avis d'un autre technicien que dans une spécialité différente de la sienne. Il joint son avis à son rapport et le communique aux parties avant le dépôt de son rapport pour recueillir les observations de chacun et respecter ainsi le principe du contradictoire.

## ■ DÉROULEMENT DE LA MISSION D'EXPERTISE

### *1<sup>re</sup> étape: l'information de l'expert sur sa mission*

Dès le prononcé de la décision, l'expert est avisé de sa mission pour qu'il puisse dire s'il l'accepte ou la refuse. Il est alors tenu de respecter la mission confiée, « *rien que la mission, toute la mission* ».

### *2<sup>e</sup> étape: la communication des documents à l'expert*

Le code de procédure civile régit la remise des documents

dont le dossier à l'expert. Il peut se faire adresser par le secrétaire de la juridiction dossiers et documents des parties (article 268 du nouveau code procédure civile, NCPC). Les parties doivent remettre sans délai à l'expert tous les documents que celui-ci estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission (article 275). Il prend connaissance de l'intégralité du dossier préalablement à la convocation des parties. Tous documents transmis par une partie à l'expert sont communiqués à l'ensemble des parties pour qu'elles puissent faire part de ses observations sur le dit document.

### *3<sup>e</sup> étape : la convocation des parties*

Pour respecter le principe du contradictoire<sup>(2)</sup>, l'expert doit convoquer les parties aux réunions d'expertise et chacune a la possibilité de communiquer à l'expert des observations. L'expert doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour que les opérations d'expertise se déroulent en présence de l'ensemble des parties à l'affaire (demande et défense) dûment convoquées.

Tout au long du déroulement de sa mission, l'expert se doit de garantir le principe du contradictoire.

### *4<sup>e</sup> étape : l'expertise*

Les parties peuvent se faire assister lors des séances d'expertise par leur avocat. Tout au long de la mission d'expertise, les parties peuvent communiquer au médecin expert des observations écrites que l'on appelle « les dires » : l'expert doit les prendre en considération et lorsqu'ils sont écrits, ils doivent être joints à l'avis si les parties le demandent. L'expert doit de plus préciser dans son avis de la suite donnée aux observations et réclamations présentées. (Article 276 NCPC). S'il est demandé à l'expert de formuler une observation qui n'entre pas dans le cadre de sa mission, il précise dans l'avis rendu les raisons pour lesquelles il n'a pas donné de suite favorable à la requête d'une partie. L'expertise comprend entre autre l'interrogatoire du patient et l'examen de ses bilans médicaux. S'il le juge nécessaire, il peut demander au médecin traitant des renseignements. Cependant, le médecin traitant n'étant pas partie à l'affaire, il peut, à juste titre, opposer le secret médical. Dans ce cas, l'expert peut remettre au patient le questionnaire pour que son médecin traitant le complète et le remette au patient qui le remettra au médecin expert. Un procédé quelque peu complexe mais nécessaire pour recueillir des informa-

tions dans le respect des droits de chacun. En revanche, un médecin mis en cause dans une affaire est en droit de communiquer tous les éléments nécessaires au médecin expert sans qu'il lui soit opposé le secret médical. En effet, il serait contraire aux droits de la défense d'interdire à un professionnel de santé de communiquer des informations portant sur l'état de santé et les examens du patient victime d'un dommage.

Lorsque l'expert estime que sa mission est achevée, il en avise les parties pour qu'elles communiquent leurs dires avant la date de clôture. Il rédige son rapport et le dépose au greffe. Une copie sera alors communiquée aux parties.

### *5<sup>e</sup> étape : la rédaction du rapport destiné au juge*

Le rapport se compose de trois parties, une partie consacrée au résumé des faits, puis dans un deuxième temps une appréciation d'ordre médico-légal. La dernière partie est une réponse aux questions posées par le juge. La réponse doit être claire, précise et étayée par des arguments médicaux et bibliographiques.

L'appréciation de la notion d'existence d'une faute médicale relève de la compétence du juge et non de l'expert. La mission de l'expert est de se prononcer sur l'existence d'une faute lors de l'administration des soins et de ses répercussions pour le patient.

L'appréciation de la faute doit tenir compte des circonstances dans lesquelles l'incident est survenu. Pour cela, le dossier médical est une pièce essentielle pour l'expert. Il lui permet de reconstituer l'histoire, la chronologie des faits, les personnes intervenues. Le dossier ne doit pas être perçu comme un élément susceptible d'être utilisé à charge des professionnels de santé. Bien au contraire, il permet non seulement à l'expert mais également à l'ensemble des professionnels de justifier les conditions et motifs de leurs interventions.

L'expertise est la phase déterminante de la procédure. Les conclusions de l'expert vont éclairer le juge et lui serviront de référence pour rendre sa décision.

## ■ L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

L'appréciation du prix de la douleur ne relève pas de la compétence de l'expert mais du juge à partir du rapport remis par l'expert où il a décrit les douleurs du patient.

Il est important que l'expert décrive précisément les séquelles, l'importance des douleurs, les traitements afin de fournir aux juges les éléments nécessaires pour évaluer l'indemnité correspondante aux souffrances endurées. La nature des douleurs et leurs répercussions sont différentes selon l'âge du patient, ses activités, sa situation socio-professionnelle ; c'est-à-dire les répercussions de ces douleurs sur le quotidien du patient.

L'expert doit les décrire avec minutie pour ensuite permettre aux juges de quantifier « le prix de la douleur ».

Dans les rapports d'experts, les souffrances endurées sont codifiées selon un barème qui va de "1 très légère" à "7 très importante". Pour le patient, le fait de lire "cotation 3 douleur modérée" peut être pour le moins déconcertant eu égard aux douleurs qu'il a ressenties, qu'il considérait comme importante et cotait à 8 sur l'échelle EVA quand les professionnels de santé lui demandaient d'évaluer sa douleur pour déterminer l'efficacité ou non de sa prise en charge. C'est parfois toute la complexité entre le langage juridique et médical.

## ■ QUELLE LÉGITIMITÉ ACCORDER AUX RECOMMANDATIONS DES SOCIÉTÉS SAVANTES ?

Les recommandations officielles comme celles émanant, notamment, de l'Has, l'Affsaps, ont une force probante et se doivent d'être prises en compte par les professionnels de santé. Les experts et juges saisis à l'occasion d'un litige attacheront de l'importance au respect de ces recommandations. Cela ne signifie pas que les recommandations émanant des professionnels sont sans valeur. Bien au contraire, il convient cependant d'examiner l'indépendance de la réalisation des recommandations et de la garantie scientifique. En l'occurrence, experts et juges s'interrogeront sur la mise en place d'un travail de réflexion, la mise en place d'actions de prévention, la prise en charge de la douleur (CLUD, protocoles, formation des professionnels). Ainsi,

l'expert pourra s'appuyer sur des recommandations comme celles de la SFAR relatives « à la prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant » (novembre 2008). Ces recommandations, même si elles n'ont pas un caractère obligatoire comme un texte de loi, ne peuvent être ignorées ou écartées par les professionnels de santé sans motif légitime. L'expert pourrait reprocher à une équipe de ne pas les avoir intégrées dans leur démarche de réflexion et qualité de la prise en charge de la douleur dès lors que ces recommandations s'inscrivent pleinement dans le sens des plans douleurs et de l'amélioration de la prise en charge du patient.

Les juges seront particulièrement sévères face aux professionnels qui ne tiennent pas compte des recommandations pour limiter le risque de carence.

## ■ EXEMPLE D'UNE MISSION D'EXPERTISE MÉDICALE

À partir d'un exemple de mission susceptible d'être confiée à un expert, il s'agit de faire le point sur les principaux chefs de préjudices et de mettre en exergue l'importance de l'expertise dans le contentieux de la responsabilité médicale.

Commet le Dr ..... demeurant à ..... en qualité d'expert avec mission de :<sup>(5)</sup>

**1/ Examiner** ..... [Décrire les lésions] qu' [il ou elle] impute à l'accident dont [il ou elle] a été victime le ..... 200X... à ....., indiquer les examens, soins et interventions dont la victime a été l'objet, leur évolution et les traitements appliqués ; préciser si ces lésions sont bien en relation directe et certaine avec l'accident ;

**Phase importante de l'expertise :** la responsabilité administrative ou civile peut être retenue à partir du moment où les trois conditions requises sont réunies, c'est-à-dire une faute, un dommage, un lien de causalité. L'absence d'un seul de ces éléments et la responsabilité peut être écartée. Depuis la loi du 4 mars 2002, le principe est la responsabilité pour faute.

En l'occurrence, il est demandé à l'expert de préciser si les lésions sont la conséquence directe de l'accident ou si elles sont liées à l'évo-

lution de l'état de santé du patient. Ce préambule est particulièrement important puisque la responsabilité pourrait être écartée (selon les circonstances) si le dommage n'est autre que la conséquence de l'aggravation de l'état de santé du patient, sans lien direct avec le geste médical en cause.

### **2/ Fixer la date de consolidation des blessures;**

Dans un avenir assez proche, une partie du contentieux de la responsabilité médicale risque de porter sur cette notion : "date de consolidation". En effet, depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, le délai de prescription pour l'indemnisation du préjudice subi du fait d'un acte médical est de dix ans à compter de la consolidation. Auparavant, le délai partait de la date de l'acte en cause. Désormais, c'est la date de consolidation qui fait partir le délai de prescription. D'où l'importance de la traçabilité et de la rigueur de la tenue des dossiers pour démontrer que les soins ont bien été réalisés dans les règles de l'art. *« Les paroles s'envolent, les écrits restent! »* La date de consolidation correspond à la stabilisation du patient, c'est-à-dire le moment où tous les soins possibles lui ont été prodigués et où il n'est plus possible d'envisager une amélioration de son état. Son état devient définitif et permanent. La consolidation est donc bien à dissocier de la guérison. *« Il n'y a pas moins consolidation, dès lors qu'aucune évolution des lésions dans un sens favorable ou défavorable n'est à envisager et que celles-ci présentent un caractère stable et définitif, lequel n'est d'ailleurs pas exclusif de la nécessité de soins permanents, ni même de la persistance de certaines douleurs. Cet état diminué mais définitif se concrétise précisément dans une incapacité permanente qu'il échoit alors d'évaluer et de réparer. »* (Tribunal correctionnel Albi, 7 juin 1957; JCP 1957, II, 10184).

### **3/ Déterminer la durée de l'incapacité temporaire de travail en indiquant si elle a été totale ou si une reprise partielle est intervenue; dans ce cas en préciser les conditions et la durée;**

Elle ne peut pas être évaluée d'une manière abstraite, il convient de tenir compte de l'influence particulière de certains facteurs comme l'âge et la profession. En effet, les séquelles d'un doigt pour un pianiste ou violoniste n'auront pas les mêmes répercussions pour un autre patient et l'arrêt pourra être plus ou moins long selon l'importance des séquelles.

**4/ Dégager, en les spécifiant, les éléments propres à justifier une indemnisation au titre de la douleur et, éventuellement, du préjudice esthétique en les qualifiant de très léger, léger, modéré, moyen, assez important, important ou très important ;**

L'expert décrit les lésions de la victime ; puis, selon le descriptif, le juge fixe le montant de l'indemnité allouée si les lésions sont la conséquence directe de la faute. Traditionnellement, on distingue plusieurs types de préjudice :

**Le pretium doloris :** l'intensité, la durée de la douleur et les traitements de prise en charge de la douleur sont pris en compte. Il en est de même pour tout ce qui a trait aux soins postopératoires, les pansements itératifs, les mobilisations qui peuvent être des facteurs augmentant la douleur. L'ensemble de ces éléments sera repris et détaillé par l'expert qui ensuite fixera une cotation de 1 à 7 (de très léger à très important). « *Par l'indemnisation prix de la douleur, sont réparées non seulement les souffrances physiques mais aussi morales* » (Cass. 2<sup>o</sup> Civ. ; 5 janvier 1994 : Bulletin civil II, n<sup>o</sup> 15 p88).

**Le préjudice esthétique :** l'indemnisation allouée est fonction du sexe, de l'âge, profession de la personne. Ainsi, une personne jeune et mannequin sera beaucoup plus indemnisée qu'une femme âgée, mariée dont la profession n'exige aucune qualité esthétique. Le préjudice esthétique réparable ne se limite pas aux cicatrices, atteintes du visage mais toute disgrâce physique.

**Le préjudice sexuel :** sur le plan médico légal, il se définit comme l'impossibilité, du fait des séquelles traumatiques, d'accomplir l'acte sexuel.

**Le préjudice d'agrément :** l'impossibilité de se livrer à des activités culturelles, sportives, de jardiner, etc.

**Le préjudice économique et le préjudice moral** en cas de décès.

**5/ Dire si, du fait des lésions constatées initialement, il existe une atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions ;** et dans l'affirmative, après en avoir précisé les éléments, chiffrer le taux du déficit physiologique résultant au jour de l'examen de la différence entre la capacité antérieure, (dont, le cas échéant, les anomalies devront être discutées et évaluées), et la capacité actuelle ;

Il est demandé à l'expert de décrire l'importance des lésions mais surtout de dissocier les lésions liées directement à l'acte (donnant lieu à indemnisation) de celles liées à l'état de santé de la personne.

**6/ Dire si l'état de la victime est susceptible de modifications en aggravation ou amélioration;** dans l'affirmative, fournir au tribunal toutes les précisions utiles sur cette évolution, son degré de probabilité, et, dans le cas où un nouvel examen apparaîtrait nécessaire, indiquer le délai dans lequel il devra y être procédé;

La jurisprudence n'admet pas la possibilité de révision des indemnités en cas d'amélioration de la victime, mais la Cour de cassation estime, en revanche, que le jugement définitif au titre duquel a été allouée une indemnisation ne fait pas obstacle à une nouvelle demande en cas d'aggravation de l'état de la victime.

**7/ Dire si malgré son incapacité permanente la victime est au plan médical physiquement et intellectuellement apte à reprendre, dans les conditions antérieures ou autres, l'activité qu'elle exerçait lors de l'accident;**

En cas de perte de situation professionnelle, la réparation comprend à la fois la perte des gains au moment de l'accident mais aussi celle des gains et avantages de carrière que les perspectives normales d'avancement permettaient raisonnablement d'espérer (Cour d'appel de Paris, 9 novembre 1966). Dans le même sens, la Cour de Cassation estime que les juges du fond sont en droit de prendre en considération « *un préjudice qui, bien que futur, présente un degré de certitude suffisant et est susceptible d'évaluation* ».

## ■ CONCLUSION

Le processus d'expertise médicale ne peut remplir son objectif de parvenir à une évaluation optimale, respectueuse des intérêts de l'ensemble des parties, qu'en se fondant sur un processus loyal, transparent, maîtrisé par des experts compétents et indépendants. La dimension humaine du dommage analysé et le caractère singulier de la relation du médecin et du patient, sujet, mais aussi objet de l'expertise, doivent alors être pris en compte. Cette relation singulière, fondée sur une confiance mutuelle, ne peut se concevoir que si le médecin est hors du champ du conflit qu'il est chargé d'éclairer. Une position partisane — quelle qu'elle soit — fait sortir le médecin expert de son rôle de médecin et de son rôle d'expert. <sup>(3)</sup>

### **Résumé**

Dans la majorité des cas où la justice est saisie d'une action en responsabilité médicale, un expert sera désigné. Cet expert est désigné par le juge. Pour être nommé expert judiciaire, il convient de déposer sa candidature et répondre aux conditions fixées par le décret. L'expertise est la phase déterminante de la procédure. Les conclusions de l'expert vont éclairer le juge et lui serviront de référence pour rendre sa décision.

### **Références**

- (1) A. Bourla; « Quelques réflexions sur le rôle de l'expert judiciaire en matière de responsabilité médicale »; Médecine et droit, n°29, 1998;
- (2) Principe du contradictoire: Principe fondamental de procédure en vertu duquel les parties doivent avoir la possibilité de discuter dans le cadre d'un débat loyal les prétentions et moyens développés par les autres parties ou envisagés par le juge (R. Cabrillac, Dictionnaire vocabulaire juridique; Litec, Paris, 2002.);
- (3) Antoine Rogier, L'expertise médicale; Colloque indemnisation dommage corporel, l'indemnisation du dommage corporel: les enjeux d'une réforme annoncée »; 31 mars 2005
- (4) Sébastien Bissardon; Guide du langage juridique; paris, Litec; 2005;
- (5) Jacques Boulez; Désignation et mission de l'expert; Paris, Delmas, 2006

### **Textes sur le statut des experts :**

- Décret n° 2007-1119 du 19 juillet 2007 modifiant le décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires
- Loi n°2004-130 du 11 février 2004 réformant le statut de certaines professions judiciaires ou juridiques, des experts judiciaires, des conseils en propriété industrielle et des experts en ventes aux enchères publiques.



## 4. PLACE DES PROTOCOLES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : L'EXEMPLE DE L'ANALGÉSIE POSTOPÉRAIRE

*Dr Frédéric Aubrun*

### ■ INTRODUCTION

« L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS), et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (Décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles). Il s'agit donc d'analyser sa pratique médicale en utilisant des références scientifiques validées grâce à une méthode structurée et explicite d'amélioration continue de la qualité.

Dans le cadre spécifique de l'anesthésie, un référentiel de pratiques professionnelles sur la prise en charge de la douleur postopératoire a été proposé par l'HAS en collaboration avec le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)<sup>(1)</sup>. Parmi les objectifs de qualité relevés, certains sont identifiés au niveau de la structure. Ainsi, « la prise en charge de la douleur postopératoire (DPO) doit faire l'objet de protocoles écrits, élaborés en partenariat multiple selon des référentiels de bonne pratique clinique correspondant à des situations cliniques spécifiques (ex: anesthésie ambulatoire, titration morphinique en salle de réveil, chirurgie thoracique) ». Parmi les critères d'évaluation portant sur la structure, il doit donc exister des protocoles de prise en charge de la DPO au niveau des salles de surveillance post-interventionnelle, des salles d'hospitalisation de chirurgie, des réanimations et des unités de surveillance continue

recevant des patients chirurgicaux, des protocoles de prise en charge de la DPO écrits, validés par les équipes de soins. Ces protocoles font l'objet d'une évaluation et d'une actualisation régulière (annuelle).

## ■ TERMINOLOGIE

Dans le cadre d'une démarche qualité, le terme de procédure s'adresse en général à l'organisation globale d'un processus alors que le protocole concerne une réalisation plus technique. Les procédures répondent au besoin de se référer à des schémas précis pour enseigner aux plus jeunes, coordonner le travail des équipes soignantes, autant que pour ajuster la pratique personnelle. Quand on se réfère de nouveau à la douleur postopératoire, la notion de protocole a été évoquée à plusieurs reprises par des groupes d'experts :

1/ En 1996, par le groupe de travail chargé à l'AP-HP de réfléchir sur une nouvelle « culture douleur », trois ans après les mauvais résultats de l'audit sur la DPO. « *La définition, l'élaboration et la mise à jour des protocoles d'analgésie devient une mission du Médecin anesthésiste référent dans la prise en charge de la DPO.* »<sup>(2)</sup>

2/ En 1997, lors de la Conférence de Consensus sur la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. « *La rédaction de protocoles par une équipe multidisciplinaire permet d'assurer la continuité de gestion de la douleur; de la SSPI à l'unité d'hospitalisation. Ils tiennent compte des possibilités d'application de chaque unité de soins ou secteur, afin d'éviter tout risque secondaire aux techniques d'analgésie utilisées. Ces protocoles sont modifiables en fonction des données de la littérature, disponibles en permanence sur tous les sites et d'utilisation simple.* »<sup>(3)</sup>

## ■ GENÈSE D'UN PROTOCOLE

### ► Les enquêtes et les audits

Au cours de l'audit sur la prise en charge de la DPO chez près de 500 patients (96 services hospitaliers) pratiqué en 1993 à l'AP-HP, les protocoles de prise en charge de la douleur postopératoire concernaient un faible nombre de patients et de services : 0,3 % de proto-

coles au réveil, aucun en réanimation/soins intensifs et en chirurgie.<sup>(4)</sup> De nombreuses actions de correction, des plans stratégiques, ont été diligentés, dans le cadre de recommandations locales, régionales, nationales, mais également institutionnelles.

Dix ans après l'audit de 1993, une enquête (projet ANESPO) a été réalisée entre janvier et avril 2003 auprès de 3 000 Médecins Anesthésistes Réanimateurs (MAR) concernant leur pratique dans le domaine de l'analgésie postopératoire<sup>(5)</sup>. Elle reposait sur un questionnaire individuel directif et structuré sur la base de questions fermées. Le taux de participation était élevé puisque 2 734 MAR ont répondu (soit 91,1 %). Les protocoles détaillés pour le traitement de la douleur postopératoire étaient utilisés par 65,6 % des MAR ayant répondu à l'enquête, de façon significativement plus importante dans les établissements privés (73,1 %) et par les médecins référents douleur.

Les protocoles de prise en charge de la douleur font appel à des rédactions locales au sein des structures hospitalières, souvent dans le cadre du CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur). Celles-ci mettent en adéquation le mode d'exercice local et la réflexion des experts sur le plan national qui, en colligeant et analysant les données de la littérature, en dégagent les meilleures pratiques pour proposer des protocoles performants. Les MAR adhèrent à la mise à disposition de protocoles détaillés de prise en charge de la douleur (par type d'intervention, de patient, d'anesthésie) élaborés par un groupe d'experts. La demande est forte (76,7 %), plus encore dans les CHR (86,1 %) dans l'enquête ANESPO.

Les utilisateurs de protocoles sont aussi demandeurs que les non-utilisateurs (75,5 % versus 80,3 %). Ainsi, la demande est indépendante de l'utilisation actuelle de protocoles dans l'établissement. La demande de protocoles est forte en ce qui concerne la prise en charge de la DPO (69,3 % dans la population totale enquêtée et 90,4 % dans le sous-groupe souhaitant disposer de protocoles), un peu moins dans les CHU que dans les petits hôpitaux.

Enfin, plus récemment, une évaluation des pratiques sur l'analgésie postopératoire a été réalisée entre 2004 et 2006<sup>(6)</sup>. Il s'agissait d'interroger des patients opérés dans des structures publiques (CHU ou hôpitaux généraux) ou privées (de taille variable) et de consulter les dossiers afin d'évaluer l'analgésie postopératoire : quelle information ?

Quels antalgiques et à quelle dose? Quelle organisation?... Cette enquête nationale (sur 1 900 patients) a permis de confirmer que les protocoles étaient disponibles dans plus de 74 % des cas, mais moins fréquemment dans les CHU. En revanche, si le traitement antalgique était rarement modifié dans les premières 24 heures, cette situation concernait moins fréquemment les CHU<sup>(6,7)</sup>. C'est souvent dans les suites de résultats d'enquêtes que sont décidées les actions de correction qui comportent, dans le cas d'une démarche qualité, l'élaboration de protocoles.

### ► Élaboration de protocoles

Selon une définition du ministère de la Santé, « *les protocoles de soins sont des règles scientifiques fixées par la communauté médicale qui décrivent la meilleure façon de traiter une maladie. Elles précisent ce que chaque professionnel doit faire, et à quel moment, pour améliorer les chances de guérison. Chacun doit pouvoir être soigné selon ces règles. C'est une sorte de standard* ». Il s'agit également d'un ensemble de règles à respecter pour la réalisation et la mise en place de certains traitements.<sup>(8)</sup>

Le cadre général de mise en place de protocoles de soins est défini dans la circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n° 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales. L'élaboration et la mise en œuvre de protocoles de soins constituent une des réponses que doivent apporter les établissements de santé dans le cadre de leur projet d'établissement à l'obligation qui leur est faite par l'article L.710-3-1 du code de la santé publique de prendre en charge la douleur. Ainsi, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés, et signés par le médecin responsable (décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, articles 6 et 7). Ce dispositif a été rappelé et confirmé dans la circulaire de 2004, relative à l'exercice de la profession d'infirmier(e). Dans cette circulaire, la notion de protocole a été déclinée à sept reprises : article R4311-2 « *Contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à*

*l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ». Article R4311-3 « ...élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative ». Article R4311-8 « L'infirmier ou l'infirmière est habilité(e) à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins. »*

Sur cette base, des protocoles de soins visant la prise en charge rapide des personnes malades qui présentent des douleurs aiguës peuvent être élaborés. C'est le cas, en particulier, des douleurs postopératoires (bloc opératoire, salle de surveillance post-interventionnelle...), et des douleurs en situation d'urgences pré-hospitalières ou hospitalières. La mise en place de protocoles de soins repose sur un travail d'équipe et doit s'intégrer dans l'organisation des soins.

1/ Le personnel médical et paramédical doit être systématiquement en possession des échelles d'évaluation de mesure d'intensité de la douleur qui se présentent sous la forme d'une réglette. Une échelle comportementale peut se substituer à une échelle unidimensionnelle.

2/ Les protocoles doivent être élaborés conjointement par les personnels médicaux et infirmiers impliqués dans la mise en œuvre avec, si besoin, l'aide de médecins expérimentés dans la prise en charge de la douleur.

3/ La validation s'effectue avec l'ensemble de l'équipe médicale, le pharmacien hospitalier ou gérant de l'établissement, le directeur du service des soins infirmiers.

4/ Les protocoles sont obligatoirement datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service.

5/ La diffusion concerne l'ensemble du personnel médical et non médical, le directeur de l'établissement, le directeur du service de soins infirmiers et le pharmacien hospitalier. Le protocole est remis à chaque nouveau personnel à son arrivée et est accessible en permanence dans le service.

6/ Les protocoles sont placés dans un classeur identifié, voire affichés. Ils sont évalués et, si nécessaire, réajustés, redatés et resignés. Ils sont nécessairement revus au moins une fois par an et revalidés systématiquement à chaque changement de l'un des signataires et rediffusés.

7/ Le protocole doit spécifier que sa mise en œuvre et ses modalités

d'exécution peuvent s'effectuer sous l'initiative de l'infirmier, avec une transmission écrite des actions entreprises. Le protocole doit préciser les critères sur lesquels l'infirmier va fonder sa décision d'intervention. Dans le cadre de la douleur postopératoire, l'infirmier doit informer le médecin de son initiative et des actions entreprises.

8/ Les antalgiques donnés en fonction du protocole feront l'objet d'une prescription *a posteriori* dans le dossier de soins du patient.

Plusieurs équipes ont évalué l'efficacité de procédures d'analgésie standardisées, en s'inspirant du modèle PAQ de l'ANAES. Une équipe française a démontré que le taux de patients déclarant avoir souffert « beaucoup à énormément » avait été divisé par cinq en quelques années après la mise en place de protocoles<sup>(9)</sup>. Des publications européennes reconnaissent également qu'une démarche progressive, incluant une éducation des professionnels, la mise en place de protocoles évolutifs, et une évaluation régulière des pratiques, permet d'évoluer vers une organisation durable et bénéfique pour tous les patients<sup>(10)</sup>. Les procédures doivent être bien entendu rédigées selon une forme convenue.

## ■ EXEMPLE DE PROTOCOLE : LE PROJET PROCEDOL

La prise en compte de la DPO a été longtemps insuffisante, comme l'attestent les résultats de plusieurs enquêtes successives. Une culture douleur devait être créée avec un certain nombre de priorités : l'évaluation, l'information du patient et la formation du personnel, ainsi que l'optimisation de la gestion par la mise en place de procédures. De principe, les niveaux de douleur doivent être connus des acteurs de soins car ils permettent d'adapter l'analgésie aux différents types de chirurgie. Les antalgiques et les méthodes d'analgésie doivent être utilisés avec efficacité et l'optimisation de la prise en charge de la DPO doit devenir, aux moyens de protocoles, un axe essentiel de cette « culture douleur ». Ainsi, la rédaction de protocoles devenait une obligation, ces protocoles devant :

- Répondre aux besoins de standardisation exigés par les programmes d'« assurance-qualité » ;
- Permettre à tous les acteurs de soins d'améliorer la prise en charge des patients ;
- Répondre aux règles juridiques liées au Droit et à la Douleur ;

- Permettre aux établissements d'accéder à l'accréditation ;
  - Participer à l'enseignement de l'ensemble du personnel de soins.
- Les protocoles de prise en charge de la DPO sont réalisés de manière consensuelle par les équipes médicales et infirmières. Le Médecin Référent-Douleur ainsi que l'infirmière spécialisée douleur proposent à l'ensemble de l'équipe, des protocoles qui doivent être validés par les équipes de soins. Ces protocoles doivent être connus par l'ensemble des équipes de soins et appliqués. Ils sont modifiables en fonction des données de la littérature. Ils sont bien entendu adaptés à chaque intervention chirurgicale.

Ces protocoles doivent être :

- Consensuels et intégrés dans un programme d'« assurance qualité » ;
- Connus et appliqués par l'ensemble du personnel soignant ;
- Rédigés et réactualisés régulièrement ;
- Affichés, diffusés et disponibles en permanence ;
- Adaptés à chaque intervention ;
- Ils doivent porter sur les méthodes d'analgésie et sur la gestion des effets secondaires.

## ► Méthodologie

Après avoir analysé les résultats de l'enquête ANESPO, un groupe de travail multidisciplinaire a été constitué ; il était composé de trois médecins anesthésistes ayant une expertise dans le domaine de l'analgésie, d'un pharmacien hospitalier et d'une infirmière anesthésiste (IADE) référente-douleur.

L'objectif était de répondre aux attentes des acteurs de soins et donc de fournir, dans un premier temps, des procédures de prise en charge de la DPO en fonction des différents types de chirurgie. Il s'agissait d'abord de définir, parmi les onze spécialités chirurgicales, les chirurgies nécessitant une procédure de gestion de la DPO. Le principe était de fournir un document pour un acte chirurgical fréquent et douloureux ou pour une chirurgie peu fréquente mais dont la prise en charge de la DPO nécessitait une gestion spécifique, voire spécialisée. Ce Comité scientifique a constitué secondairement un groupe de rédaction composé d'experts spécialisés pour chaque thématique sélectionnée. Un cahier des charges précis et rigoureux était proposé

à l'ensemble des rédacteurs des fiches recrutés sur l'ensemble du territoire national. Trois parties ont été construites et développées :

### ***1/ Généralités sur l'intervention et le patient***

- Intensité, type et caractéristiques de la douleur préopératoire ;
- Intensité et durée de la douleur postopératoire ;
- Caractéristiques du patient (âge, sexe, contexte traumatique ou non) ;
- Type de chirurgie ;
- Durée d'hospitalisation, durée de rééducation prévisible ;
- Techniques chirurgicales et anesthésiques susceptibles d'influencer la DPO.

*Objectif* : garder un esprit synthétique, didactique et non encyclopédique.

### ***2/ Éléments de prise en charge de la DPO dans l'intervention concernée***

Chaque étape de la prise en charge de la douleur était développée, de la période préopératoire à la sortie du patient à domicile (avec une ordonnance de sortie) ou en centre. Pour chaque étape (préopératoire, bloc opératoire, salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), secteur d'hospitalisation, chirurgie ambulatoire éventuelle), les rédacteurs devaient préciser le protocole d'analgésie qu'ils recommandaient, mais aussi une technique alternative. Les agents anesthésiques ou antalgiques étaient détaillés mentionnant la voie d'administration, les modalités, la posologie, les bénéfices attendus. Des remarques étaient possibles concernant notamment les indications ou des données pharmacocinétiques spécifiques.

### ***3/ Référencement***

À chaque étape décrite, chaque fois que cela était possible, les rédacteurs étaient invités à référencer leurs propositions avec les principales publications récentes, et/ou les principales publications fondamentales. L'objectif était de crédibiliser les affirmations en leur donnant un caractère scientifique et fondamental. Toutefois, le référencement n'étant pas toujours possible, il s'agissait alors de fournir un avis d'expert, ce travail ne s'inscrivant pas spécifiquement dans une démarche médicale fondée sur les preuves.

#### 4/ *Fiches transversales*

Dans un second temps, des fiches « transversales » ont été élaborées. Il paraissait en effet nécessaire de conceptualiser des fiches comportant des algorithmes communs à la plupart des interventions ou réalisant une synthèse des données de la littérature (ou propositions d'experts) à propos de thématiques communes telles que la gestion de la DPO chez le sujet âgé ou les méthodes d'évaluation de la DPO chez l'adulte ou l'enfant.

Chaque fiche fournie par les rédacteurs était relue par le Comité scientifique, modifiée et réadressée à chaque rédacteur, accompagnée de justifications. Les fiches corrigées étaient de nouveau adressées au Comité scientifique qui acceptait (et donc validait le contenu des fiches) ou réadressait de nouvelles corrections aux auteurs, cette procédure se poursuivant jusqu'à l'acceptation définitive des fiches par le Comité scientifique.

### ► **Résultat**

Le résultat de cette démarche est la rédaction de 45 fiches-procédures par 30 rédacteurs, fournissant aux anesthésistes, mais aussi aux infirmières, aux chirurgiens et aux kinésithérapeutes une base concrète, actualisée et référencée (figure 1). Le choix s'est porté vers les interventions les plus fréquemment réalisées dans chaque discipline et/ou les plus spécifiques de douleurs postopératoires modérées à sévères. Parmi les 31 fiches d'analgésie en fonction des types de chirurgie, près d'un tiers concernait la chirurgie orthopédique, qui constitue la spécialité chirurgicale la plus fréquente. De même, les procédures transversales rédigées concernaient les situations que les acteurs de soins sont amenés à gérer le plus fréquemment.

Une mise en ligne était également incontournable. L'objectif était de favoriser la visibilité et la diffusion du programme et de permettre aux utilisateurs de disposer des fiches en version imprimable et personnalisable. L'ensemble des fiches a été regroupé sur le site de l'Institut Upsa de la Douleur (IUD) : [www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)

Les fiches peuvent être téléchargées sous deux formats : PDF et Power Point. Elles ne peuvent toutefois pas être modifiées par les utilisateurs. Parmi les fiches en ligne, la présentation du programme PROCEDOL et la fiche sur « *le rôle et la surveillance de l'IDE/IADE* » sont les docu-

ments les plus téléchargées (respectivement 4 et 3 % de l'ensemble des programmes de l'IUD). Les fiches « *adénome de la prostate* » et « *amygdalectomie* » sont également consultées fréquemment.

## ► Discussion

Le projet PROCEDOL s'est articulé autour des besoins exprimés par les MAR lors de l'enquête ANESPO en réponse aux insuffisances des protocoles existants dans certains établissements. L'originalité du programme PROCEDOL, par rapport aux recommandations existantes, est de proposer des protocoles rédigés par intervention ou par situation. Le choix des produits et la chronologie de leur utilisation, dans le cadre de l'analgésie multimodale, sont fixés pour des interventions chirurgicales précises.

Les protocoles issus de ce travail ont l'avantage d'être documentés, et d'être le plus souvent consensuels, toujours actualisés et référencés. Il s'agit d'un travail de synthèse, qui s'inscrit dans une démarche d'expertise et non de médecine factuelle ou fondée sur les faits (EBM : Evidence-Based Medicine). Il est apparu, en effet, que cette méthode d'EBM était trop réductrice et ne pouvait produire qu'un nombre limité de fiches, comme l'atteste le résultat du travail fourni par un groupe de réflexion international « Prospect ».<sup>(11)</sup> De plus, ce concept concerne avant tout le savoir (et son contenu) que produisent des études sélectionnées comme étant d'excellente qualité méthodologique. Or, les critères de jugement évoluent avec les nouvelles exigences et certains traitements antalgiques recommandés il y a quelques années ne sont plus recevables aujourd'hui. En supposant que les études puissent tenir compte de variables dont la pertinence clinique ne fait aucun doute, elles négligent trop souvent d'autres aspects plus subtils, que le prescripteur jugera ou non pertinent pour conduire sa décision thérapeutique, comme une réponse aux traitements antalgiques déjà donnés dans le passé, la compliance ou non à un traitement ou l'aspect psychique<sup>(12)</sup>. Une difficulté survient dans le concept de l'EBM, quand aucune étude clinique recevable n'existe, lorsque les résultats sont contradictoires ou qu'aucune conclusion claire n'est proposable. Or, les patients doivent être, tout de même, soulagés de leur douleur, ce qui valide une nouvelle fois notre démarche d'expertise pour le concept PROCEDOL.

L'objectif de ces fiches est de faciliter la rédaction des protocoles de prise en charge de la DPO spécifiques des établissements mais aussi d'ajuster la prise en charge de la DPO après certaines chirurgies. En effet, en aucun cas il ne s'agit d'un travail de substitution des protocoles d'analgésie utilisés dans chaque établissement ou chaque service. Cet outil est une aide dans l'élaboration de documents consensuels ou dans l'actualisation de procédures existantes<sup>(13)</sup>.

La mise en ligne sur le site de l'IUD est le moyen d'information et de diffusion le plus moderne. Ce site est en effet visité mensuellement par 16 000 internautes, qui téléchargent en moyenne 20 000 documents, dont environ 25 % des programmes d'information et de formation tels que le concept PROCEDOL. Les quatre fiches les plus téléchargées entre juillet 2006 et 2007 sont le rôle de l'infirmière IDE/IADE dans la prise en charge de la douleur postopératoire, l'adénome de la prostate, l'hallux valgus et la fiche de présentation du programme. Les infirmières sont trop souvent oubliées dans l'élaboration des procédures ; le téléchargement important de la fiche qui caractérise leur action traduit cependant l'intérêt qu'elles portent à l'amélioration de la qualité de l'analgésie.

Si les fiches peuvent apporter une aide précieuse, elles ont également leurs limites et méritent des adaptations. Il faut les réactualiser régulièrement en fonction des nouveaux travaux publiés dans la littérature. Parfois, certains agents antalgiques n'ont plus l'AMM et des « Erratum » sont donc indispensables. Certaines techniques peuvent devenir obsolètes et nécessitent donc des adaptations. De plus, leur contenu doit s'inspirer de l'actualité des référentiels issus des Sociétés savantes, voire de méta-analyses importantes.

Parmi les perspectives, il semble intéressant d'amplifier le principe de téléchargement des fiches sur le site de l'IUD et de programmer d'autres réunions de présentation du concept. Cet objectif peut en effet correspondre à la Catégorie 1 (formation présentielle) de la Formation Médicale Continue (FMC) obligatoire. Une enquête auprès des MAR à l'occasion d'une réunion scientifique ou d'une connexion internet sur le site de l'IUD permettrait également d'évaluer de degré de satisfaction des acteurs de soin, mais aussi les facteurs limitants de ces documents pédagogiques. Enfin, une extension du projet à l'échelle européenne et une diffusion du concept au niveau du Maghreb sont en cours.

## ■ CONCLUSION

L'obligation de prendre en charge la douleur se définit par l'obligation de la prévenir, de l'évaluer et de la traiter, avec l'obligation de tout professionnel de la santé de se former dans ces objectifs. Les protocoles constituent un passage indispensable dans l'amélioration des pratiques. Ils répondent à sept exigences : le choix du thème, la constitution d'un groupe de travail, l'élaboration et la rédaction de protocoles écrits, la validation et la mise en application de ces protocoles, la formation et l'information des acteurs de soins et l'évaluation de ces protocoles.

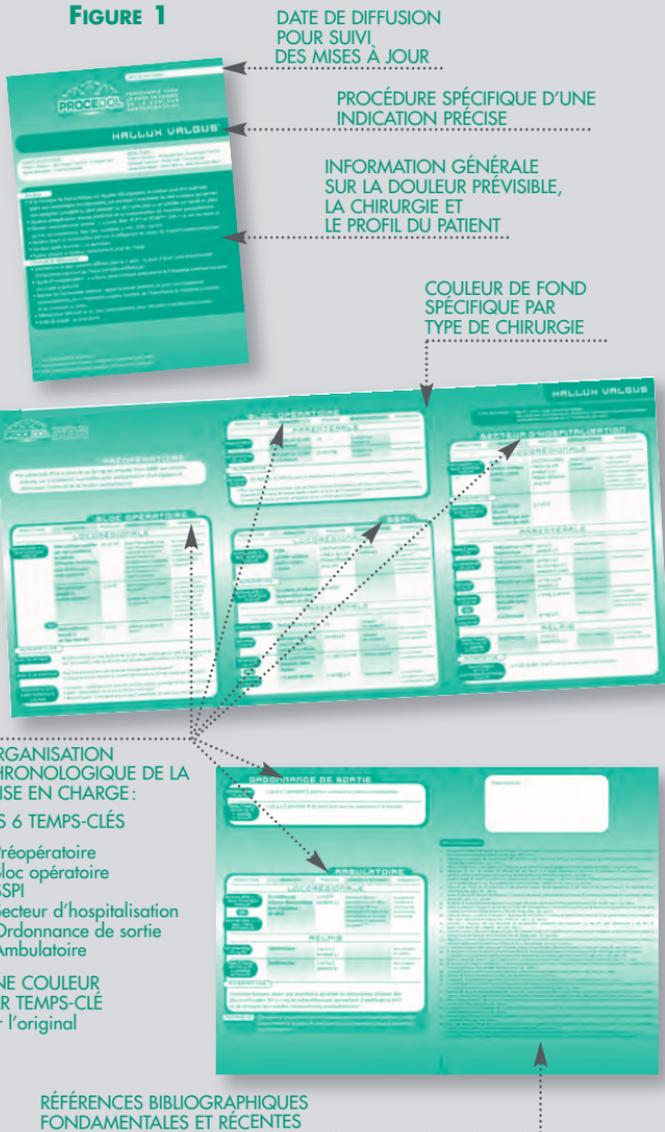
Le soin est un acte individuel et la mise en place d'un protocole ne doit pas conduire à une prise en charge collective des patients. Il est donc nécessaire de s'adapter à chaque situation et à chaque patient afin d'individualiser la gestion de la douleur.

Enfin, une actualisation de la conférence de consensus sur la DPO de 1997 a de nouveau précisé en 2008 la place des protocoles d'analgésie : il apparaît ainsi qu'« *il est recommandé de développer des protocoles de traitement utilisant les techniques analgésiques efficaces comme l'analgésie auto-contrôlée morphinique, l'analgésie multimodale et l'analgésie locorégionale. Ces protocoles doivent intégrer la surveillance, la prévention et le traitement des effets secondaires* » ([www.sfar.org](http://www.sfar.org)).

### Remerciements

Le projet PROCEDOL n'aurait pas abouti sans la participation active de nombreux acteurs, en dehors des membres du Board. Il faut citer les membres de l'agence BOXER puis ARSENAL (Antoine Leveau, Gezabelle Auray et l'ensemble de leurs équipes) et l'Institut UPSA de la Douleur.

**FIGURE 1**



## Références

1. Référentiel de Pratiques Professionnelles. Prise en charge de la douleur postopératoire. HAS et SFAR-CFAR. Juin 2005.
2. Douleur postopératoire. Recommandations. Délégation à l'Évaluation Médicale. Direction de la prospective et de l'Information Médicale. 1996
3. Conférence de Consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *Ann Fr Anesth Réanim* 1998; 17: 445-61.
4. Poisson-Salomon AS, Brasseur L, Lory C, Chauvin M, Durieux P. Audit of the management of postoperative pain. : *Presse Med.* 1996; 25: 1013-7.
5. Prise en charge de la douleur postopératoire : une enquête auprès de 2734 anesthésistes français. *Bolus* 2003 ; 59 : 25-30.
6. Fletcher D, Fermanian C, Mardaye A, Aegerter P; Pain and Regional Anesthesia Committee of the French Anesthesia and Intensive Care Society (SFAR). A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *Pain.* 2008; 137: 441-51.
7. Fletcher D, Mardaye A, Fermanian C, Aegerter P; Le Comité Douleur-ALR de la Sfar. Évaluation des pratiques sur l'analgésie postopératoire en France : enquête nationale avec analyse des différences de pratique selon le type d'établissement. *Ann Fr Anesth Réanim* 2008; 27: 700-8.
8. [http://www.sante.gouv.fr/assurance\\_maladie/reperes/lexique.htm](http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/reperes/lexique.htm)
9. Arnold S, Delbos A. Bilan à 5 ans de la gestion de la douleur postopératoire dans le cadre d'une démarche qualité, en chirurgie orthopédique dans un établissement privé. *Ann Fr Anesth Réanim* 2003 ; 22 : 170-8.
10. Cornet C, Empereur F, Heck m, Gabriel G, Commun N, Laxenaire MC, Bouaziz H, Mertes PM. Évaluation à court et à moyen terme d'une démarche qualité pour la prise en charge de la douleur postopératoire dans un CHU. *Ann Fr Anesth Réanim* 2007 ; 26 : 292-8.
11. Kehlet H, Wilkinson RC, Fischer HBJ, Camu F. PROSPECT: evidence-based, procedure-specific postoperative pain management. *Best Pract Research Clin Anaesthesiol.* 2007; 21: 149-59.
12. Bizouarn P. Evidence-based medicine : méthodes et critiques. *Ann Fr Anesth Réanim* 2007; 26: 334-43.
13. Aubrun F. Prise en charge de la douleur postopératoire : évaluation d'un outil pédagogique. *Post-Scriptum* (lettre trimestrielle d'analyse de la littérature internationale sur la formation et les pratiques médicales). Mai 2008.

## 5. INDEMNISATION DES SÉQUELLES EN DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

*Dr Jacqueline Cardona*

### ■ L'INCAPACITÉ PERMANENTE (IP) EN ACCIDENT DU TRAVAIL

#### ► Principe juridique

Article L 434-2 du code de la sécurité sociale modifié par la loi 2001-1246 2001-12-21 art 52 JORF

*« Le taux de l'incapacité permanente est déterminé 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 compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité ».*

L'évaluation de l'incapacité permanente (IP) en accident du travail mesure le déficit physiologique et d'autres facteurs liés notamment à la profession. En pratique, le taux d'IP en accident du travail comporte un taux d'incapacité fonctionnelle qui est majoré d'un taux professionnel, s'il y a diminution ou perte de salaire.

Le médecin-conseil apprécie la nature de l'infirmité d'après le barème indicatif d'invalidité accident du travail (cf. annexe) et il peut moduler ce taux médical en fonction de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales.

#### ► Indemnisation

Les séquelles d'un accident du travail sont indemnisées en fonction du taux d'incapacité permanente (IP) sous forme de capital forfaitaire ou de rente.

### Capital forfaitaire

Lorsque le taux d'IP est inférieur à 10 %, la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie du régime général) verse à la victime une somme forfaitaire, appelée « indemnité en capital », dont le montant varie en fonction du taux d'incapacité permanente.

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital au 1 <sup>er</sup> septembre 2008
1 %	381,29 euros
2 %	619,71 euros
3 %	905,57 euros
4 %	1429,26 euros
5 %	1810,59 euros
6 %	2239,39 euros
7 %	2715,64 euros
8 %	3239,92 euros
9 %	3811,63 euros

### Rente

Lorsque le taux d'IP est supérieur ou égal à 10 %, la Caisse verse à la victime, à compter du lendemain de la consolidation, une rente calculée en fonction du salaire de la victime et du taux d'incapacité permanente.

#### 1/ Salaire

**Le salaire annuel de référence**: c'est la rémunération effective totale perçue pendant les 12 mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail causé par l'accident, chez un ou plusieurs employeurs.

Il s'agit de l'ensemble des salaires réellement « acquis » en contrepartie du travail effectué pendant cette période, par opposition au salaire futur prévu dans certains cas. Le terme « acquis » doit être interprété comme correspondant au travail effectué, donc qui est dû à la victime. Exemple: pour un accident survenu le 1<sup>er</sup> juin 2002, la période de référence s'étend du 1<sup>er</sup> juin 2001 au 31 mai 2002. Le salaire de mai 2002 versé le 5 juin 2002 est pris en compte. Il n'est pas nécessaire que ce salaire soit effectivement versé.

Le salaire annuel ne tient pas seulement compte de la période de référence, mais également du salaire minimum et du salaire réduit.

**Le salaire minimum :** les rentes dues pour une incapacité  $\geq 10\%$  ne peuvent pas être calculées sur un salaire inférieur à un minimum fixé par décret.

**Le salaire réduit ou salaire utile :** le salaire annuel est pris en compte en totalité s'il ne dépasse pas le double du salaire minimum (S). La partie comprise entre 2 fois et 8 fois le minimum est comptée pour 1/3. La partie supérieure à 8 fois le minimum n'est pas prise en compte.

**Exemple :** Salaire minimum au 1<sup>er</sup> janvier 2002 = 15 171,24 €  
Salaire annuel effectivement perçu : 30 489,80 €

Calcul du salaire utile	
La première tranche correspond à 2 fois le minimum Soit : $15\,171,24\text{ €} \times 2 = 30\,342,48\text{ €}$	
La deuxième tranche est la partie comprise entre 2 et 8 fois le minimum Soit : $30\,489,80\text{ €} - 30\,342,48\text{ €} = 147,32\text{ €}$	
Cette deuxième tranche est comptée pour 1/3. Soit : $147,32\text{ €} : 3 = 49,11\text{ €}$	
Montant du salaire utile :	30 391,59 €

## 2/ Taux d'IP

Pour les taux IP  $\leq 50\%$  : le taux de calcul est égal à la moitié du taux d'incapacité. Pour les taux IP  $> 50\%$  : la partie du taux qui dépasse 50 % est majorée de moitié.

**Exemple :** Taux d'I.P. = 80 %

Taux retenu	
Première fraction : 50 % : 2	25 %
Deuxième fraction : 30 % x 1,5	45 %
Taux de rente	70 %

NB. Les rentiers A.T. qui bénéficient d'un taux d'IP d'au moins 66,66 % sont exonérés du ticket modérateur pour eux-mêmes et leurs ayants droit et des conditions d'ouverture de droit aux prestations nature de l'assurance-maladie, maternité (Régime 150).

## Les rentes aux survivants

En cas de décès provoqué par l'accident, une rente est attribuée aux survivants.

**Le conjoint ou partenaire lié par un pacs** ou concubin survivant (article R434-10 du code de la sécurité sociale). Une rente viagère de 40 % du salaire annuel de base est attribuée au conjoint non divorcé, non séparé de corps. Ce taux passe de 40 % à 60 % à l'âge de 55 ans ou avant cet âge si le conjoint est lui-même atteint d'une incapacité de travail de 50 %.

**Les enfants** (article R434-15 du code de la sécurité sociale). Les enfants définis en matière d'assurance-maladie, âgés de moins de 20 ans bénéficient de rentes. Le taux de la rente est de 25 % pour les deux premiers enfants et de 20 % pour chacun des suivants. Il est fixé à 30 % pour les orphelins de père et de mère.

## ■ PENSION D'INVALIDITÉ

### ► Principes médico-sociaux

L'article L-341.1 du code de la sécurité sociale définit ainsi l'invalidité : « *Incapacité acquise par un assuré social par suite d'un accident ou d'une maladie non professionnelle ou d'une usure prématurée de l'organisme et qui, de ce fait, n'est pas en mesure de se procurer dans une profession quelconque un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue par un travail de la catégorie professionnelle à laquelle il appartenait* ».

L'invalidité est donc définie comme une incapacité de travail ou de gain > 2/3 (66 %). Le médecin-conseil d'assurance-maladie se base sur des critères médicaux et socioprofessionnels. Il tient compte de l'état pathologique, de l'âge, de l'état général, des capacités physiques et psychiques, des aptitudes, de la qualification professionnelle et des possibilités de reclassement professionnel de l'assuré. Il existe trois catégories d'invalidité :

- catégorie 1, la poursuite d'une activité à mi-temps est possible ;
- catégorie 2, l'état médical est incompatible avec une activité salariée ;
- catégorie 3, l'assuré est dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

### ► Conditions d'attribution

#### *Appréciation administrative*

Les droits administratifs s'apprécient à partir du premier jour d'arrêt de travail :

- âge < 60 ans ;
- 12 mois d'immatriculation ;
- Durée du salariat égale au moins à 800 heures au cours des douze derniers mois, dont 200 heures au cours des trois premiers mois ;
- ou un salaire au moins égal à 2030 fois le SMIC horaire (dont au moins 1015 fois le SMIC horaire au cours des six premiers mois).

### *Critères médicaux*

- stabilisation d'une maladie ;
- consolidation d'une blessure (pour un accident non régi par la législation sur les AT) ;
- usure prématurée de l'organisme ;
- fin des trois ans de versement des indemnités journalières.

### *Exclusion du bénéfice de l'invalidité*

- affection antérieure à l'immatriculation et non aggravée depuis ;
- lésion déjà indemnisée au titre accident du travail, maladie professionnelle ou article 115.

Pour bénéficier d'une pension d'invalidité, il faut qu'il y ait au moins une affection pathologique indépendante des séquelles de l'accident de travail, de la maladie professionnelle ou de l'article 115.

### *Montant*

Le calcul de la pension se fait par rapport à la moyenne des salaires soumis à cotisations des dix meilleures années civiles, réactualisés pris en compte dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale (34 308 € au 1<sup>er</sup> janvier 2009), voir tableau page suivante. Il existe un montant minimum de la pension fixé par décret. La pension est toujours accordée à titre temporaire car elle peut varier en fonction de l'état de l'invalidité. Elle est susceptible de révision, de suspension ou de suppression. La pension d'invalidité peut se cumuler avec d'autres prestations sociales :

- L'allocation aux adultes handicapés (AAH) peut s'ajouter à la pension d'invalidité mais le total des deux ne doit pas dépasser le montant de l'AAH.
- Le montant de l'allocation d'assurance chômage servie aux bénéficiaires d'une pension de la 2<sup>e</sup> ou de la 3<sup>e</sup> catégorie est égal à la différence entre le montant de l'allocation et de la pension d'invalidité.

Montant des pensions d'invalidité (en euros) au 1 <sup>er</sup> janvier 2009			
	Calcul de la pension en % sur la base du salaire annuel moyen perçu pendant les dix meilleures années d'activité	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
Pension d'invalidité de 1 <sup>re</sup> catégorie	30 %	260,17	857,70
Pension d'invalidité de 2 <sup>e</sup> catégorie	50 %	260,17	1429,50
Pension d'invalidité de 3 <sup>e</sup> catégorie	50 % + majoration pour tierce personne	260,17 + 1018,91	1429,50 + 1018,91

## ■ FRAIS DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Il s'agit d'une prestation commune aux deux législations maladie et AT/MP. Le droit à la rééducation professionnelle est ouvert à toute personne reconnue inapte à exercer sa profession par suite de maladie ou d'accident du travail, par la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées, comme COTOREP).

La CPAM prend en charge les frais de séjour dans les Centres de Rééducation Professionnelle et sert, sous certaines conditions, les prestations en espèces (indemnités journalières ou rente). En accident du travail, elle assure également le versement d'une indemnité complémentaire qui est égale à la différence entre le salaire de début de la profession apprise et le montant des prestations en espèces servies (indemnité journalière ou rente).

Le coût moyen d'une formation d'une durée de 30 mois s'élève à 63 000 euros. Le coût moyen d'une formation (insertion des cérébro-lésés) d'une durée de 5 mois s'élève à 15 450 euros. À titre comparatif, le coût moyen de la formation de kinésithérapeute d'une durée comprise entre trois et quatre ans s'élève à 70 000 euros.

## 6. HANDICAP ET DOULEUR, LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE ET SOCIALE

*Gilles Barbier, Céline Avengoza*

*« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. (...) Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou à défaut avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut donner son avis. »* Loi n°2005-102 du 11 février 2005, Article L114-1-1 du CASF.

*« Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. »* Loi n°2005-102 du 11 février 2005, Article L146-8 du CASF.

### ■ LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP ET LES DROITS DU PATIENT

Le droit des personnes handicapées s'est construit parallèlement à l'émergence de la société industrielle et du droit du travail.

La loi du 23 novembre 1957 fait pour la première fois référence à la qualité de travailleur handicapé et affirme le droit au reclassement professionnel de tous les handicapés. Cette loi mentionne l'obligation d'emploi : théoriquement les effectifs des entreprises doivent

compter 10 % de mutilés de guerre ou autres infirmes ou s'acquitter d'une redevance lorsque ce quota n'est pas atteint. Cette loi s'avérera inappliquée, faute de contrôle efficace.

**La loi d'orientation du 30 juin 1975** et celle relative à l'Éducation du 11 juillet 1975 remplacent définitivement la notion de charité par celle de solidarité nationale. L'accent est mis sur l'accès à l'éducation et aux droits fondamentaux. Sont créées les EPSR (Équipes de Préparation et de Suite du Reclassement), les COTOREP (COmmissions Techniques d'Orientation et de REclassement Professionnel) pour les adultes et les CDES (Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale) pour les enfants.

**La loi du 10 juillet 1987** constitue un tournant fondamental en instituant une obligation de résultat et de mise en œuvre de moyens dans l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire. Elle fixe à 6 % le taux d'emploi de personnes handicapées dans les établissements de 20 salariés et plus. Cette loi est la première à mettre en place des moyens d'accompagnement, de contrôle et de sanctions financières pour les employeurs du secteur privé ne répondant pas à leur obligation.

**La loi du 11 février 2005** portant sur « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » redéfinit le handicap et réaffirme la non-discrimination en raison d'un handicap ou de l'état de santé. Elle supprime les COTOREP et les Commissions d'éducation spéciale et crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Cette loi renforce le dispositif de l'obligation d'emploi, tant dans le secteur privé que public. Elle introduit pour la première fois dans le nouveau Code de l'Action Sociale et des Familles une définition inspirée de la classification internationale du handicap établie par l'OMS.

Ainsi, constitue un handicap « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (art. L.114 - Code de l'Action Sociale et des Familles).

## ► La Maison Départementale des Personnes Handicapées

Créées par la loi du 11 février 2005, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ont pour vocation d'être le guichet unique d'accès aux droits et prestations des personnes handicapées. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, une MDPH doit être installée dans chaque département.

Présidée par le Président du Conseil Général et constituée en groupement d'intérêt public, la MDPH comprend notamment des représentants de l'État, des organismes locaux d'assurance-maladie et d'allocations familiales et des organismes gestionnaires d'établissements ou de services destinés aux personnes handicapées.

### *Principales attributions*

C'est un lieu d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil pour les personnes handicapées et leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

Elle assure l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire. Cette équipe est chargée d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de proposer un plan de compensation du handicap. Dans cette perspective, la MDPH offre à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie grâce à l'appui de professionnels compétents (psychologues, assistante sociale...). Elle organise la mise en place et le fonctionnement de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Cette instance est chargée de prendre les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne, en matière d'attribution de prestations et d'orientation, sur la base, notamment du plan personnalisé de compensation élaboré par l'équipe pluridisciplinaire.

De ce fait, la MDPH reçoit toutes les demandes de droits et prestations qui relèvent de la compétence de cette commission et apporte à la personne handicapée une aide et un accompagnement dans la mise en œuvre des décisions prises par celle-ci, notamment dans ses démarches auprès des établissements, services et organismes accueillant des personnes handicapées.

Il appartient également à la MDPH de gérer le fonds départemental de compensation du handicap. Ce fonds accorde des aides financières

permettant aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation.

Elle met en place des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

Enfin, chaque maison départementale doit comprendre un référent pour l'insertion professionnelle qui peut notamment orienter la personne handicapée vers les organismes et services concernés (Cap Emploi...).

## ► La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est une instance de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Il s'agit de l'instance de décision de la MDPH, qui étudie les dossiers sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Elle reprend les attributions des CDES (Commission Départementale de l'Éducation Spéciale) et des COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel).

### *Elle est compétente pour :*

- Se prononcer sur l'orientation des personnes handicapées et les mesures assurant l'insertion scolaire ou professionnelle et sociale ;
- Désigner les établissements ou les services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé, et en mesure de l'accueillir.
- Apprécier si le taux d'incapacité justifie l'attribution des allocations (AEEH pour une personne mineure handicapée ou l'AAH pour une personne adulte) et des éventuels compléments ainsi que la carte d'invalidité et de la carte « *priorité pour personnes handicapées* ».
- Apprécier si les besoins de compensation de l'enfant ou de l'adulte handicapé justifient l'attribution de la prestation de compensation.
- Apprécier si la capacité de travail de la personne handicapée justifie l'attribution du complément de ressources.
- Reconnaître, s'il y a lieu, la qualité de travailleur handicapé.
- Statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées âgées de

plus de 60 ans hébergées dans les structures pour personnes handicapées adultes.

## ► L'équipe pluridisciplinaire

Chaque Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) comprend une équipe pluridisciplinaire dont les membres sont nommés par le directeur de la MDPH. Elle réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap quels que soient la nature de la demande et le type du ou des handicaps ; elle peut varier selon la situation particulière de la personne handicapée.

Son rôle est d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée sur la base de son projet de vie. Pour cela, elle prend contact avec la personne handicapée afin de la rencontrer, éventuellement sur son lieu de vie. Elle propose ensuite un plan personnalisé de compensation du handicap qui sera ensuite porté à la connaissance à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour décision.

## ► Le dossier de reconnaissance du handicap

La reconnaissance du handicap relève d'une démarche personnelle : les personnes décident de faire reconnaître leur handicap par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées qui siège au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Chaque formulaire est identifié par un numéro Cerfa et comporte une liste des pièces justificatives à joindre au dossier. Le certificat médical est donc en général à joindre au formulaire. Ce dossier comporte en page centrale un schéma explicatif de formulation d'une demande. Ses formulaires sont disponibles auprès de chaque MDPH et souvent auprès des différents services sociaux communaux ou départementaux.

Le dossier est rempli par l'adulte ou le jeune concerné par la demande avec l'aide éventuelle d'un proche, ou le représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé. Une assistante sociale ou les

services de la MDPH peuvent aider les personnes à remplir leur dossier. Le rôle du médecin traitant ou du/des médecin(s) spécialiste(s) est déterminant dans la rédaction de la partie médicale du dossier. En effet, plus les certificats médicaux sont précis, plus le dossier de la personne sera traité avec précision par la Commission des droits et de l'autonomie. Les droits octroyés à la personne correspondront donc bien à ceux dont la personne peut se prévaloir. Chaque altération d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques de la personne doit être mentionnée et détaillée par le médecin.

## ■ LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH)

Toutes les personnes handicapées ne sont pas reconnues en tant que « travailleurs handicapés ». Ce statut administratif nécessite une démarche volontaire de demande de reconnaissance. Le code du travail définit le travailleur handicapé : « *Le travailleur handicapé est celui dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques* » (Code du travail L. 323-10 modifié).

La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé peut être attribuée à toute personne, âgée de 16 ans ou plus, exerçant ou souhaitant exercer une activité professionnelle, et dont les capacités physiques ou mentales sont diminuées par un handicap.

### ► Les principales démarches

- Le retrait du formulaire se fait auprès de la MDPH du département du domicile du demandeur ;
- Dépôt du dossier complet ;
- Évaluation des demandes par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH (médecin, assistante sociale, conseiller emploi...) ;
- Prise de décision en commission CDAPH (toute personne et son représentant peuvent demander à être reçus par une commission préparatoire) ;
- Envoi de la décision à la personne.

## ► Pourquoi demander une RQTH ?

Faire reconnaître son handicap en demandant une RQTH permet d'accéder aux différentes mesures qui ont été prises pour les personnes handicapées en matière d'emploi et de formation professionnelle. Ainsi, le fait d'avoir cette reconnaissance permet à la personne :

- de bénéficier du dispositif légal de l'obligation d'emploi : cette reconnaissance peut constituer un élément en sa faveur lors d'un recrutement (cela permet à l'entreprise susceptible d'embaucher de compter la personne handicapée dans son effectif de personnes handicapées et donc de satisfaire à l'obligation légale) ;
- de bénéficier du soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi qui a des programmes d'intégration ou de maintien à l'emploi ;
- d'accéder aux contrats de travail « aidés » ;
- de demander une orientation vers un Établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT - anciennement appelé un Centre d'aide par le travail) ;
- d'accéder à un emploi dans une entreprise adaptée (anciennement appelé Atelier protégé) en milieu ordinaire ;
- d'accéder à des stages de formation professionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- de bénéficier des aides de l'AGEFIPH ou du FIPHFP ;
- d'accéder à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique.

Les personnes ayant une RQTH sont soumises aux mêmes droits et obligations du code du travail que les autres travailleurs. Il existe cependant certaines mesures spécifiques, telles que :

- Demander à l'employeur un aménagement d'horaires individualisés propres à faciliter l'accès à l'emploi, l'exercice professionnel ou le maintien dans l'emploi (mesure également applicable pour les aidants familiaux).
- Bénéficier d'une durée du préavis légal doublée en cas de licenciement (avec un maximum de trois mois).

À noter : il n'existe pas d'obligation légale imposant de dire à un employeur que l'on possède une RQTH, ni même de le mentionner sur un CV ou lors d'un recrutement.

## ► Comment demander la reconnaissance de travailleur handicapé ?

Cette reconnaissance relève de la compétence de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. La demande de reconnaissance doit être déposée au moyen du formulaire Cerfa n°13788\*01 et du certificat médical adulte Cerfa n°61-2280 à la Maison départementale des personnes handicapées du département de résidence de la personne handicapée, ou du département où le demandeur se trouve en traitement ou en rééducation.

## ► Le recrutement des personnes ayant une RQTH

Embaucher des personnes ayant une RQTH fait partie des obligations des employeurs. En effet, tout employeur du secteur public ou privé, employant 20 personnes et plus, est tenu d'avoir dans son effectif, au moins 6 % de personnes handicapées.

Recruter une personne handicapée permet aussi de bénéficier des aides de l'AGEFIPH (secteur privé) ou du FIPHFP (secteur public). L'entreprise pourra aussi étudier la possibilité de proposer au travailleur un contrat de travail "aidé".

Pour effectuer son recrutement, aménager le poste de travail, maintenir dans l'emploi, etc. l'employeur pourra faire appel aux organismes spécialisés (AGEFIPH, Cap Emploi...).

## ■ L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Lors d'une demande d'orientation professionnelle, la CDAPH étudie la solution qui semble la mieux adaptée à la personne handicapée : soit le travail en milieu ordinaire, soit le travail en milieu protégé. Elle peut aussi préconiser une formation professionnelle (cf. paragraphe suivant). En rencontrant le médecin de la MDPH, et selon les situations un psychologue du travail, la personne pourra exposer son projet professionnel. La CDAPH tiendra ainsi compte des souhaits, du parcours professionnel et des possibilités d'insertion de la personne. Le travail en milieu ordinaire correspond à un emploi salarié ou non salarié, au travail indépendant, etc. Depuis la loi du 11 février 2005, les Entreprises adaptées (anciennement les Ateliers protégés) et les

Centres de distribution de travail à domicile (CDTD) font partie du milieu ordinaire du travail, et sont soumis au code du travail. Ces structures emploient au moins 80 % de travailleurs handicapés. En contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée, ces derniers peuvent ainsi exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités. Ces structures bénéficient d'aides de l'État.

Les personnes reconnues inaptes à travailler en milieu ordinaire de travail sont orientées en milieu protégé, c'est-à-dire en Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT, nouvelle appellation des Centres d'aide par le travail depuis la loi du 11 février 2005). Les ESAT sont des établissements médico-sociaux permettant aux personnes handicapées d'exercer une activité à caractère professionnel et socialisant, tout en bénéficiant d'un suivi médico-éducatif.

## ■ LA FORMATION PROFESSIONNELLE

La formation professionnelle permet à toute personne d'accroître sa qualification. Elle favorise ainsi l'accès à l'emploi, le maintien dans l'emploi et le développement des compétences.

### ► Les centres de pré-orientation

Ils sont destinés aux travailleurs handicapés qui rencontrent des difficultés particulières quant à leur orientation. La CDAPH estime qu'il est donc souhaitable pour ces personnes qu'elles soient accompagnées de manière plus longue et personnalisée dans la construction de leur projet professionnel.

Cette démarche de bilan professionnel a pour objectif d'identifier l'expérience de la personne, ses aptitudes et d'établir un projet d'insertion personnalisé. Elle se base notamment sur des mises en situation professionnelles concrètes, par exemple sous forme d'ateliers. Les conditions d'admission en Centre de pré-orientation sont les suivantes :

- avoir une reconnaissance de travailleur handicapé par la CDAPH ;
- avoir une orientation vers ce type de structure par la CDAPH.

L'accueil en centre de pré-orientation se fait sur une période de huit à douze semaines.

## ► Les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP)

Les Centres de Rééducation Professionnelle dispensent sur l'ensemble du territoire français des formations qualifiantes aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion sociale et professionnelle. Ce sont à la fois des établissements médico-sociaux et des organismes de formation adaptés aux besoins des personnes handicapées, avec la possibilité d'être rémunéré.

Les conditions d'admission en CRP sont les suivantes :

- avoir une reconnaissance de travailleur handicapé par la CDAPH ;
- avoir un avis favorable pour une formation en CRP par la CDAPH.

Les personnes en stage de rééducation professionnelle suivent une formation qualifiante de longue durée (de 10 à 30 mois). Les formations débouchent en général sur des diplômes homologués par l'État. Un suivi médical, social, psychologique et un accompagnement à l'emploi des stagiaires sont assurés.

Le coût de la formation et les frais de séjour en centre de rééducation peuvent être pris en charge par l'organisme d'Assurance-maladie (caisse de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole).

Les personnes ont le statut de stagiaire de la formation professionnelle. Leur rémunération dépend de leur situation antérieure à l'entrée en stage.

## ► Les Écoles de Reconversion Professionnelle (ERP)

Les Écoles de Reconversion Professionnelle sont des établissements créés et gérés par l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de guerre (ONAC). Elles ont pour objectif d'aider les personnes handicapées, les ressortissants de l'Office ou d'anciens militaires à retrouver un emploi. Elles sont au nombre de neuf en France.

Initialement créées pour les mutilés de la Grande Guerre, actuellement elles accueillent majoritairement les personnes ayant une reconnaissance de travailleur handicapé, ainsi que les ressortissants de l'ONAC, en particulier les titulaires d'une pension militaire d'invalidité ou d'un Titre de Reconnaissance de la Nation (TRN), les militaires en congé de reconversion.

Pour accéder à une formation dispensée dans un ERP, il faut :

- soit avoir une RTH reconnue par la Commission des Droits et de

l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH); l'orientation sera prononcée par la CDAPH ;

- soit percevoir une pension d'invalidité (militaire ou civile);
- soit être dans une démarche de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle, après un accident du travail ou une maladie professionnelle reconnue par l'Assurance-maladie.

Les ERP forment prioritairement aux diplômés de l'Éducation nationale (du CAP au BTS).

Le plus souvent, la formation est organisée sur deux années scolaires (de 21 à 27 mois), la durée du cycle pouvant être adaptée. Si nécessaire, elle peut être précédée d'une mise à niveau de 3 à 6 mois et/ou complétées :

- d'un accompagnement, en face à face ou à distance, pour accéder par contrat ou par concours aux emplois de la Fonction publique;
- d'un accompagnement personnalisé à une démarche de validation des acquis de l'expérience (VAE).

La formation professionnelle pour adulte peut aussi prendre la forme d'un contrat spécifique.

## ■ LES CONTRATS

Plusieurs contrats sont possibles :

### ► Le contrat de rééducation professionnelle

Ces contrats ont pour objectif d'aider les personnes handicapées à se réinsérer sur leur poste de travail ou bien d'acquérir de nouvelles compétences. La formation est essentiellement pratique mais peut comporter une partie théorique.

C'est un contrat de travail à durée déterminée (de trois mois à un an renouvelable) signé par l'organisme de Sécurité Sociale (ou Mutualité sociale agricole), l'employeur et le salarié. Ce contrat a pour vocation d'aider la personne à se réinsérer sur le plan professionnel de manière durable car, à son issue, le salarié et l'entreprise s'engagent à continuer à travailler ensemble pendant une période égale au contrat initial, dans la limite d'un an.

Les conditions pour accéder à ce type de contrat sont :

- avoir des difficultés à exercer son métier en raison d'une maladie

invalidante, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;

- être affilié à la Sécurité sociale ;
- avoir une reconnaissance de travailleur handicapé par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Le contrat de rééducation professionnelle donne droit à une rémunération au moins égale à celle d'un salarié du 1<sup>er</sup> échelon de la profession pour laquelle la personne est formée, selon les dispositions conventionnelles en vigueur. Suite à la formation, est versé un salaire correspondant au grade de la personne en fin de formation.

Dans certains cas, le contrat de rééducation peut donner lieu au versement d'une aide de l'AGEFIPH.

## ► Le contrat d'apprentissage

Destiné initialement aux jeunes qui ont entre 16 et 26 ans, le contrat d'apprentissage peut être conclu par les personnes qui ont une reconnaissance de travailleur handicapé jusqu'à l'âge de 30 ans.

Il a pour vocation de délivrer une formation qualifiante, du CAP au diplôme d'ingénieur.

Cette formation se déroule en alternance, avec des enseignements généraux, professionnels et technologiques dans un centre de formation d'apprentis (CFA) et une pratique en entreprise.

L'apprenti est accompagné par un tuteur ou « maître d'apprentissage » qui fait le lien entre le centre de formation et l'entreprise. L'employeur et l'apprenti signent ce contrat par le formulaire Cerfa n° 10103\*04 et le transmettent à la Chambre de métiers et de l'artisanat ou d'agriculture ou de commerce et d'industrie (selon l'entreprise). Les apprentis handicapés peuvent bénéficier d'une formation adaptée sur le plan du contenu et de l'organisation pédagogiques. De même la durée de leur formation peut aller jusqu'à 4 ans, la durée du contrat étant en général de 1 à 3 ans.

La rémunération correspond à un pourcentage du SMIC (salaire minimum interprofessionnel de croissance), variable en fonction de l'âge et de la durée du contrat. Si la formation est prolongée en raison du handicap, le pourcentage du SMIC appliqué la dernière année du contrat est augmenté de 15 points pendant cette période de prolongation.

## ► Le contrat de professionnalisation

Ce type de contrat a pour objectif de permettre aux personnes souhaitant obtenir une qualification de suivre une formation qualifiante qui se déroule en alternance, avec des enseignements généraux, professionnels et technologiques et une pratique en entreprise.

Il s'agit d'un contrat à durée déterminée ou indéterminée ; la formation doit être comprise au minimum entre 6 et 12 mois, et peut être allongée jusqu'à 24 mois dans certains cas.

Les personnes handicapées peuvent bénéficier d'une formation à temps partiel ou de formations préalables.

Pour les jeunes de 16 à 25 ans, la rémunération correspond à un pourcentage du Smic établi selon l'âge et la qualification. Pour les personnes de 26 ans et plus, elle ne peut pas être inférieure au SMIC, ni à 85 % de la rémunération minimale conventionnelle dans l'entreprise.

À savoir : L'AGEFIPH peut soutenir la démarche d'apprentissage des travailleurs handicapés et inciter les entreprises à les accueillir en leur allouant une subvention forfaitaire dont la nature et le montant sont soumis à certaines conditions. D'autres aides sont possibles, comme l'aide à l'accessibilité pour l'entreprise, les aides à la mobilité, les aides techniques et humaines pour l'apprenti.

L'entreprise et la personne handicapée peuvent percevoir une prime à l'insertion si le contrat d'apprentissage ou le contrat de professionnalisation est suivi d'un contrat à durée déterminée d'au moins douze mois ou d'un contrat à durée indéterminée.

## ■ LES ACTEURS ET AIDES POUR LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

La personne handicapée peut être soutenue par différents organismes dont la vocation est de l'accompagner dans ses démarches de réinsertion professionnelle.

### ► L'AGEFIPH

L'Association de Gestion du Fond pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées, appelée AGEFIPH, est une association privée issue de la loi du 10 juillet 1987.

Elle est chargée de gérer le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées et de collecter les contributions financières des entreprises de plus de 20 salariés qui sont soumises à l'obligation d'emploi et qui s'en acquittent ainsi.

### *Ses objectifs principaux*

**Améliorer l'accès à l'emploi** des travailleurs handicapés,

**Aider les entreprises à recruter** et à conserver leurs salariés handicapés,

**Approfondir la connaissance** de la population active handicapée.

Les aides de l'AGEFIPH sont destinées aux personnes ayant une reconnaissance de travailleur handicapé et à leur employeur, ainsi qu'aux employeurs privés ou publics soumis au droit privé (établissement public à caractère industriel et commercial), quel que soit l'effectif de l'entreprise.

### *Les aides possibles*

**Les aides à la mobilité:** faciliter l'intégration professionnelle des personnes handicapées en compensant leur handicap lors des déplacements (transports, hébergement).

**L'aide au maintien dans l'emploi:** maintenir dans l'emploi les salariés dont le handicap survient ou s'aggrave ainsi que les travailleurs indépendants handicapés.

**Les aides techniques et humaines:** permettre aux personnes handicapées de compenser leur handicap dans les situations professionnelles grâce à des aides individuelles, techniques ou humaines.

**L'aide à la création d'activité:** aider les demandeurs d'emploi handicapés à créer ou reprendre une entreprise.

**L'aide à la mise en place d'une politique d'emploi:** aider les entreprises à intégrer l'emploi des personnes handicapées dans la gestion de leurs ressources humaines et à élaborer des plans d'actions.

**L'aide à l'accessibilité des situations de travail:** compenser la situation de handicap de la personne en aménageant son poste, son outil de travail ou en adaptant l'organisation du travail du salarié ou de l'équipe.

Principales aides financières et fiscales (Agefiph) pour le maintien, la réinsertion dans l'emploi des personnes handicapées

Aide	Employeur	Salarié handicapé	Contacts
Contrat de professionnalisation	Subvention		ANPE Cap Emploi
Prime à l'insertion	Lors de la signature d'un CDI ou CDD d'au moins 12 mois	Lors de la signature d'un CDI ou CDD d'au moins 12 mois avec un établissement privé	ANPE Cap Emploi
	Aide pour aménagement du poste de travail	Aide pour aménagement technique habitat	ANPE, l'employeur, Cap Emploi, Service d'appui au maintien dans l'emploi
Bilan de compétence et formation professionnelle	Participation au coût de l'action Nature et montant variables	Participation au coût de l'action Nature et montant variables	ANPE Cap Emploi
Aide à la mobilité		Financement d'un transport adapté, Formation au permis de conduire Aménagement d'un véhicule : dans la limite de 50 % du coût total et plafond	ANPE, l'employeur, Cap Emploi, Service d'appui au maintien dans l'emploi
Tutorat	Tuteur interne : participation au coût de la formation et de la rémunération. Tuteur externe : participation au financement de la prestation dans la limite de du montant fixé.		Service d'appui au maintien dans l'emploi, Cap Emploi
Aide à l'accessibilité des situations de travail	Financement de l'étude définissant les besoins et des moyens techniques ou organisationnels à mettre en œuvre.		Service d'appui au maintien dans l'emploi, Cap Emploi

## ► Le FIPHFP

La loi du 10 juillet 1987 oblige tout employeur du secteur privé ou public occupant 20 salariés ou plus, à employer, dans une proportion de 6 % de son effectif salarié, des travailleurs handicapés. Cependant, aucune collecte de la contribution n'était prévue dans le secteur public, alors que dans le secteur privé, cette collecte était gérée par l'AGEFIPH.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

Depuis, un système analogue à celui du secteur privé est mis en place : les employeurs publics qui ne respectent pas ce taux d'emploi verseront au FIPHFP une contribution qui servira par la suite à financer des actions d'insertion des travailleurs handicapés dans la fonction publique dont ils relèvent.

## ► Les Cap Emploi et les SAMETH

Le Cap emploi est un service financé par l'AGEFIPH, issu des lois du 30 juin 1975 et de 1987 sur l'obligation d'embauche des travailleurs handicapés. Il rassemble désormais sous ce nom les EPSR (Équipe de Préparation et de Suite du Reclassement) et les OIP (Organisme d'Insertion et de Placement).

Ils assurent les missions spécifiques de préparation, d'accompagnement des parcours d'insertion professionnelle des personnes handicapées :

- ils informent et aident les personnes handicapées dans leur recherche d'emploi et leur insertion dans l'entreprise.
- ils aident et informent également l'entreprise dans le cadre d'un recrutement d'une personne handicapée, et dans le cadre du maintien dans l'emploi ou d'un reclassement professionnel.

Un conseiller suit l'ensemble du dossier. Il informe, conseille, élabore des plans, met en relation avec des partenaires efficaces et utiles suivant la demande de maintien, de reclassement ou/et de recrutement d'un travailleur handicapé.

## ■ L'AMÉNAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL

*L'aménagement du poste de travail* fait partie des enjeux qu'il ne faut pas négliger, tant pour l'intégration que pour le maintien dans l'emploi d'une personne handicapée, et tout particulièrement d'une personne qui souffre de douleurs. C'est une étape importante pour que l'embauche ou le retour d'une personne sur son poste de travail après un arrêt maladie se passent dans de bonnes conditions.

L'aménagement du poste de travail peut se faire en suivant les axes suivants :

- L'installation de nouveaux équipements ;
- L'organisation du travail, la répartition et la rotation sur les postes ;
- La formation spécifique ;
- L'amélioration de la conception des postes tant sur le plan ergonomique que sur le plan des habitudes de travail ;

Voici quelques exemples :

- La limitation des efforts de manutention ;
- La suppression du travail en hauteur ;
- La mise à disposition d'un siège ergonomique ou d'un poste assis-debout ;
- L'aménagement d'un véhicule de fonction pour un commercial handicapé physique ;
- L'achat de matériel spécifique pour les personnes déficientes visuelles ;
- Une formation sur les risques, les postures, etc. ;
- L'éclairage du poste de travail ou le bruit sur un poste.

Parallèlement à l'aménagement du poste de travail, il est aussi souhaitable de travailler à l'aménagement de l'environnement de travail, comme par exemple, l'accessibilité des toilettes de l'entreprise. Une étude ergonomique pourra porter sur l'ensemble des lieux que fréquentera la personne sur son lieu de travail. Les possibilités de financement de l'AGEFIPH seront différentes selon les entreprises et leur obligation en matière d'accessibilité.

*L'aménagement du temps de travail* peut être envisagé par la prescription d'un temps partiel par le médecin, ou bien par l'aménagement d'horaires. Le médecin du travail peut ainsi préconiser une reprise à temps partiel :

- soit un temps partiel thérapeutique (avec accord de l'employeur et de la Sécurité sociale). Cela permet à la personne de travailler à temps partiel pendant quelques mois (12 mois au maximum) ;

- soit un temps partiel avec modification du contrat de travail en négociation avec l'employeur. En parallèle la personne peut faire une demande de pension d'invalidité à la Sécurité sociale.

Le médecin peut aussi demander un aménagement d'horaires. Dans ce cas, le nombre d'heures initial n'est pas modifié. Cette possibilité est notamment inscrite dans le code du travail depuis la loi du 11 février 2005 (article L3122-26). Cela peut consister en un travail en journée à la place d'un travail de nuit par exemple.

***Quand a lieu un aménagement?*** L'aménagement de poste peut être envisagé lors de l'embauche d'une personne, ou bien lorsqu'un salarié reprend son poste ou un autre poste sur son lieu de travail après un arrêt de travail (suite à une maladie ou suite à un accident du travail ou maladie professionnelle).

L'aménagement des postes de travail est aussi incontournable en matière de prévention. L'entreprise doit identifier, évaluer, combattre les risques à la source. Elle a tout intérêt à prendre des mesures pour le maintien dans l'emploi de ses salariés de manière collective d'abord et individuelle si nécessaire.

La prévention doit être planifiée et intégrer différents facteurs allant de la technique, à l'organisation du travail, en passant par les relations sociales et les risques liés au harcèlement moral, etc.

## ■ LES SERVICES D'AIDE ET DE CONSEILS

Rappelons en premier lieu que le salarié est le premier acteur de son emploi et de son aménagement de poste. En préparant l'aménagement avec le salarié, ses préoccupations et difficultés seront prises en compte au fur et à mesure de la démarche d'aménagement.

Sachez aussi que c'est le salarié qui prend la décision de demander une reconnaissance de travailleur handicapé, il n'en a pas l'obligation. L'employeur et les différents services peuvent l'accompagner dans ces démarches.

### ***Le médecin du travail***

Il est très important dans le processus d'aménagement d'un poste de travail. Le médecin du travail est en charge :

- de l'examen médical d'embauche qui permet de s'assurer que le

salarié est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter ;

- de la visite de reprise suite à un arrêt maladie ;
- de la visite de pré-reprise qui permet d'apprécier l'aptitude du salarié à reprendre son poste et la nécessité d'une adaptation des conditions de travail et d'une réadaptation du salarié.

Il peut proposer les adaptations du poste ou la mutation vers un autre poste.

### ***Les Cap Emploi et les Sameth***

Ces équipes interviennent afin d'aider les entreprises et les salariés à trouver une solution de maintien dans l'entreprise quand apparaît une inadéquation entre le handicap et le poste de travail. Ils sont financés par l'AGEFIPH (ils sont détaillés précédemment).

### ***Le cabinet d'ergonomie***

L'intervention d'un ergonome a pour but d'identifier les situations handicapantes qu'un salarié rencontrera sur son lieu de travail. Après une phase de diagnostic, l'ergonome fera une recherche de solutions afin de trouver une bonne adéquation entre le poste et le salarié. Les solutions tant organisationnelles que techniques seront validées lors d'une concertation entre l'entreprise, le salarié, le médecin du travail et le Sameth. Les services d'un ergonome sont financés soit par l'entreprise, soit par l'AGEFIPH.

### ***La Sécurité sociale***

La Sécurité sociale intervient en cas de demande de reconnaissance de l'invalidité de la personne, et de demande de mi-temps thérapeutique. Les CRAM ont aussi un service de prévention des risques professionnels que les entreprises peuvent solliciter. Les techniciens peuvent intervenir en matière de sécurité au travail mais aussi pour aider dans l'étude de postes et de l'organisation du travail.

Elle peut prendre en charge le financement d'un matériel qui est en partie remboursé (fauteuil roulant, prothèses auditives...).

### ***Le Comité d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT)***

Le CHSCT peut être consulté lors du maintien dans l'emploi de salariés handicapés. Il doit être associé à la recherche de solutions concernant l'organisation matérielle du travail, l'aménagement des

lieux de travail. Les délégués du personnel, en cas d'absence de CHSCT, donnent leur avis sur le nouveau poste que l'employeur envisage de proposer à son salarié dans le cadre d'un reclassement. Ils peuvent faire usage de leur droit d'alerte en matière d'atteinte à la santé physique et mentale des salariés et saisir l'employeur.

## ■ L'AMÉNAGEMENT DU LOGEMENT

La vie quotidienne du patient souffrant de douleur est un facteur clé pour le retour au domicile après une hospitalisation. C'est aussi un élément non négligeable en matière de « prévention » puisque les gestes de la vie quotidienne ont une incidence sur le rétablissement et suivi des soins de la personne.

S'assurer que la personne qui a été hospitalisée rentre chez elle dans de bonnes conditions fait pleinement partie du rôle des professionnels du corps médical, paramédical et social qui ont suivi la personne dans son parcours de soin.

### ► Le diagnostic technique

Le diagnostic technique du logement peut être réalisé par un ergothérapeute. Avec la personne, il pourra mettre en évidence les endroits à aménager. Il est ainsi possible de prendre conseil auprès des professionnels :

- de l'hôpital (ergothérapeute, ergonomes...);
- de la Maison départementale des personnes handicapées;
- d'un CICAT (Centre d'Informations et de Conseils sur les Aides Techniques). Les CICAT sont des associations loi 1901 sans but lucratif dont la vocation est d'offrir des informations et conseils sur les moyens techniques de prévention et compensation des situations de handicap;
- d'une association Pact-Arim pour l'amélioration de l'habitat (qui évalue les besoins, donne des conseils et aide à la coordination du chantier);
- d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou d'une Équipe Spécialisée pour la Vie Autonome à Domicile (ESVAD) de l'Association des Paralysés de France;
- d'un cabinet d'ergothérapeute libéral;
- d'un cabinet d'architecte (certains se sont spécialisés).

## ► Les aides financières

Sur le plan des aides financières, les personnes qui ont fait reconnaître leur handicap peuvent faire une demande de prestation de compensation. Elle peut être affectée à des charges liées :

- à un besoin d'aides humaines,
- à un besoin d'aides techniques
- à l'aménagement du logement et du véhicule,
- à un besoin d'aides exceptionnelles ou un besoin d'aides animalières.

La PCH peut donc être affectée à des charges relatives à l'aménagement du logement, avec montant maximal de 10 000 euros pour dix ans.

Ce sont les aménagements pour l'adaptation et l'accessibilité du logement. Ils sont destinés à maintenir ou à améliorer l'autonomie de la personne handicapée et lui permettent de circuler, d'utiliser les équipements de la vie quotidienne, de se repérer et de communiquer, sans difficulté et en toute sécurité. Ils peuvent aussi faciliter l'intervention des aidants.

Ces aménagements concernent les pièces ordinaires du logement (chambre, séjour, cuisine, toilettes et salle d'eau) et toute autre pièce du logement si elle permet à la personne d'exercer une activité professionnelle ou de loisir, ou d'assurer l'éducation et la surveillance de ses enfants. En cas de maison individuelle, l'aménagement concerne aussi l'accès extérieur au logement, la motorisation extérieure.

**Les aménagements concernent :** l'adaptation de la pièce, la circulation intérieure, les changements de niveaux lorsque l'organisation sur un niveau n'est pas possible, la domotique, la création d'une extension. Pour la part restant à la charge de la personne, il est possible de solliciter le Fonds départemental de compensation du handicap qui est géré par la MDPH. Celui-ci est chargé d'accorder des aides financières afin de permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais liés à leur handicap restant à leur charge, après avoir fait valoir leur droit à la prestation de compensation.

Les autres aides financières que les personnes peuvent demander dépendent de si elles sont propriétaires ou locataires. Il est possible de demander une subvention ou un prêt auprès de différents organismes.

**Textes officiels:**

Loi n°2005-102 du 11 février 2005

Décret n°2005-1587 du 19 décembre 2005

**Adresses utiles:**

- **Association pour le Logement des Grands Infirmes (ALGI)**  
267 rue Saint Honoré, 75001 Paris  
Tél. 01 42 96 45 42 - Fax 01 42 96 45 96  
Courriel : asso.algi@wanadoo.fr  
<http://algi.asso.fr/>
- **Agence Départementale pour l'Information sur le Logement (ADIL)**  
Site internet : [www.anil.org](http://www.anil.org)  
L'agence départementale délivre des informations gratuites sur l'ensemble des questions relatives au logement et les aides existantes.
- **Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH)**  
8, avenue de l'Opéra, 75001 Paris  
Numéro indigo : 0826 80 39 39 (0,15 €/mn)  
Fax : 01 44 77 40 42 - Courriel : [info@anah.fr](mailto:info@anah.fr)  
<http://www.anah.fr/>

**■ CONCLUSION**

Les salariés ne doivent pas hésiter à demander un aménagement. Les entreprises ne doivent pas hésiter à travailler sur les questions de maintien dans l'emploi et de bonne adéquation des postes ; il ne s'agit que d'une gestion raisonnée de leur capital humain.

Plus le médecin du travail rencontre la personne qui est en arrêt maladie tôt, plus les démarches pourront débiter rapidement.

Il est conseillé de demander la reconnaissance de travailleur handicapé le plus tôt possible, en particulier pour pouvoir bénéficier des aides de l'AGEFIPH sans attendre la réponse concernant la RQTH. Le Sameth et le médecin du travail sont les interlocuteurs incontournables en matière d'aménagement du poste.

Les procédures et fiches de poste ne sont pas une fin en soi, le suivi régulier des postes tant collectivement qu'individuellement est incontournable.

## 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 posologies, 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 péridural 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, péridural, 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 péridural, péri-nerveux utilisé à des fins analgésiques peut être réalisé par l'IDE sous la responsabilité du médecin prescripteur.

#### ***Avis de la SEAR 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<sup>er</sup> 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](http://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<sup>e</sup> alinéa de l'article L.461-1 du 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<sup>e</sup> 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.

## L'Institut UPSA de la Douleur

### Un acteur clé dans la prise en charge de la douleur

**L'**Institut UPSA de la Douleur, association Loi 1901 à but non lucratif, a été fondé en 1993 pour répondre aux problèmes que pose la prise en charge de la douleur. L'Institut est géré par un Conseil Scientifique indépendant et bénévole qui réunit des personnalités du monde médical et scientifique français. Son rôle est notamment de décider des actions à entreprendre, valider les contenus des éditions de l'Institut UPSA de la Douleur (ouvrages, publications, site Internet...), sélectionner les dossiers d'attribution de fonds...

L'Institut organise ses actions autour de quatre axes principaux :

- aider au développement de la recherche contre la douleur
- former et informer les professionnels de la santé
- informer les patients et le grand public
- coopérer avec la communauté scientifique

Année après année, l'IUD a répondu à sa mission en mettant en place un grand nombre de moyens pour aider au développement de la Recherche fondamentale et clinique dans la lutte contre la douleur, notamment en soutenant plus de 150 projets de recherche pour un montant de plus de 3 millions d'euros.

[www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)

Vitrine de l'Institut UPSA de la Douleur, le site <http://www.institut-upsa-douleur.org> s'adresse à toute personne désireuse de se renseigner rapidement sur la douleur en général ou « sa » douleur en particulier. Destiné tant aux professionnels de santé qu'aux patients ou à leurs proches, le site de l'Institut, véritable base de données sur la douleur, délivre des informations de haute qualité, validées par son conseil scientifique, réactualisées selon les avancées et triées selon une arborescence qui permet une consultation rapide.

Toute l'information sur la douleur est disponible pour tous et l'ensemble des documents sont en libre téléchargement : ouvrages (disponibles également sous format e-books, pouvant être facilement visionnés sur les tablettes et les smartphones), publications, brochures pour les patients, outils d'évaluation de la douleur, affiches...

### Constituer une véritable base de données sur la douleur

Fort de plus de 20 ans d'existence, l'Institut UPSA de la Douleur a mis en ligne son savoir-faire afin d'offrir une base de données sur la douleur avec :

- **L'IUDTHÈQUE** (bibliothèque numérique de la douleur permettant d'avoir un aperçu global de l'ensemble des documents disponibles) :

**POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :** ouvrages, périodiques, protocoles de prise en charge de la douleur, échelles d'évaluation de la douleur, avancées thérapeutiques, aide-mémoire pour les internes, textes officiels, formations ;

**POUR LES FORMATEURS ET ENSEIGNANTS :** kits de diapositives sur la douleur, sur les soins palliatifs et sur la prise en charge de la douleur en cancérologie ;

**POUR LES PATIENTS :** vidéos, brochures sur des pathologies douloureuses ou sur leur prise en charge ainsi que des textes de vulgarisation pour mieux comprendre la Douleur (ses mécanismes, ses traitements médicamenteux et non médicamenteux, son évaluation).

- **LA VIDÉOTHÈQUE :** pratiques et didactiques, ces vidéos animées par des professionnels de santé sur diverses pathologies douloureuses, des traitements ou encore des problématiques environnementales, peuvent être utilisées pour former ou informer.
- **DE L'ACTUALITÉ DOULEUR :** en un clic et en un clin d'œil, accès aux dernières recommandations, nouveautés, informations récentes...

### Soutenir la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur

L'Institut favorise la formation des professionnels de la santé en mettant à leur disposition des **kits et des programmes de formation**, des **vidéos**, des **périodiques** ("*L'infirmière et à la Douleur*", "*La Douleur, des recommandations à la pratique*", "*La Lettre de l'Institut UPSA de la Douleur*" ou "*Douleur et Santé Mentale*") et une **collection d'ouvrages originaux** abordant des thématiques précises non traitées jusque-là par les ouvrages francophones.

### Offrir des programmes de protocollisation de la prise en charge de la douleur aiguë en postopératoire (PROCEDOL) et aux urgences (PROTAU)

Riche d'une cinquantaine de fiches, le programme **PROCEDOL (Procédure de prise en charge de la douleur postopératoire)** est destiné aux établissements hospitaliers.

Classé par pathologie, **PROTAU (Programme de traitements antalgiques en urgence)** a été conçu pour apporter aux urgentistes et aux médecins confrontés à l'urgence des procédures antalgiques spécifiques des principaux syndromes douloureux rencontrés en situation d'urgence en fonction de la cause de la douleur.

Ces fiches ont récemment été mises à jour et de nouvelles fiches ont été élaborées. À noter également qu'une application **Douleur et Urgences** est à disposition.

### Développer l'information vers le patient et le grand public

Un travail de sensibilisation auprès des patients et auprès du grand public est également une des vocations de l'Institut qui édite et met en ligne des **brochures pour guider les patients et leur entourage**. Ces brochures de vulgarisation traitant par exemple de la morphine ou de l'arthrose sont consultables et téléchargeables dans la rubrique spécialement destinée aux patients et à leur entourage.

**Pour contacter l'Institut UPSA de la Douleur**

**Tél. : 01 58 83 89 94**

**Courriel : [institut.upsa@bms.com](mailto:institut.upsa@bms.com)**

**[www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)**



Institut UPSA  
de la douleur



Luttons ensemble contre la douleur



27914031