

Bulletin 4 du Groupe d'experts médecine des assurances: bases importantes

Ce que tous les orthopédistes doivent savoir

Traitement post-opératoire après une endoprothèse de hanche ou de genou – clinique? établissement de cure? ambulatoire?

La présentation d'une demande de garantie de prise en charge des coûts suscite souvent des discussions émotionnelles avec les assurances, respectivement les médecins-conseils, notamment après une prothèse de hanche, de genou ou une intervention importante au niveau de la colonne vertébrale. Les raisons d'un refus de la demande sont souvent incompréhensibles pour la plupart des orthopédistes. En notre qualité de médecins, nous devons nous prononcer sur les faits médicaux définis dans le cadre du modèle biopsychosocial. Les médecins-conseils se basent sur les directives figurant dans le Manuel de la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (SSMC) que les orthopédistes peuvent également consulter à l'adresse www.medecins-conseils.ch, en ligne mais en cours de révision. Pour permettre, à l'avenir, d'éviter au maximum les discussions inutiles, les principaux critères définis d'entente avec la SSMC de l'affectation dans un lieu de traitement post-opératoire approprié sont présentés ci-dessous.

D'une manière générale:

- ➔ La décision se base en premier lieu sur le **besoin de réhabilitation**. Il est nécessaire d'évaluer l'impact du handicap au niveau de la vie professionnelle et quotidienne sur la base des symptômes, de l'inconfort en relation avec la gravité des lésions
- ➔ Les **pronostics de réhabilitation** doivent ensuite être intégrés dans l'évaluation. En plus des comorbidités et des facteurs de risque, la base de la motivation, les conditions intellectuelles et la charge psychosociale du patient sont importants.

De manière spécifique: critères d'inclusion pour une

Réhabilitation stationnaire dans une clinique (avec un suivi médical étroit, nécessité de soins et physiothérapie intensives de 2-3 semaines, à définir par rapport à la cure et à l'ambulatoire)

- ➔ Endoprothèse **des deux côtés** au cours d'une hospitalisation précédente en soins aigus
- ➔ **Complications** postopératoires (luxation PT, fracture instable du trochanter ou fracture périprothétique, embolie, parésie post-opératoire significative au niveau fonctionnel, difficultés de cicatrisation nécessitant des soins intensifs)
- ➔ **Comorbidités** instables au niveau interne périphérique ou post-opératoire, handicap périphérique significatif au niveau fonctionnel en raison des atteintes de l'appareil locomoteur, tendance à une fibrose articulaire sévère après une PT du genou.

Traitement post-opératoire dans un établissement de cure (avec des contrôles médicaux sporadiques ou un besoin en soins limités mais une physiothérapie intensive de 2-3 semaines, à définir par rapport à un traitement post-opératoire ambulatoire. Prise en charge des prestations médicales selon Tarmed, prise en charge partielle volontaire des frais d'hébergement par la caisse-maladie)

- ➔ Autonomie inexistante ou fortement réduite
- ➔ Conditions-cadre défavorables à un traitement ambulatoire (domicile, lieu de résidence, transports publics, personnel d'encadrement, comorbidités stables mais effectives
- ➔ Processus de guérison dans les règles de l'art à prévoir.

Commentaire du Groupe d'experts:

Ces informations sont fournies à titre de recommandations et ne constituent pas des obligations strictes. Dans certains cas, les problèmes peuvent être discutés avec les assurés. En règle générale, le contact s'effectue par la personne en charge du dossier. Les médecins-conseils agissent généralement en tant que collègues externes et indépendants devant rendre des comptes à l'assurance. Une autorisation préalable de l'assurance est nécessaire pour s'adresser à eux et ils n'ont pas en leur possession les dossiers des patients. Il est toutefois possible de demander qu'un médecin-conseil prenne contact dans les plus brefs délais avec le médecin traitant, souvent débordé. Le Groupe d'experts s'efforce de soutenir la prise en charge des coûts dans le cadre du traitement rapide des demandes effectué par la SSMC.

Les assureurs ne demandent pas seulement la liste des diagnostics mais également une formulation claire des besoins de réhabilitation et des pronostics de réhabilitation comprenant des données sur les capacités physiques actuelles et à prévoir, ce qui représente un niveau d'exigence élevé en matière de prestation médicale et de soins.

Rappel du Bulletin 3

Les caisses-maladie ne disposent pas a priori d'un droit d'injonction en ce qui concerne les indications d'une intervention mais, en cas de contestation, elles peuvent charger leur médecin-conseil d'effectuer une investigation. Les caisses-maladie sont légalement tenues de contrôler les coûts et sont à cet égard habilitées à recueillir des informations auprès des médecins traitants par l'intermédiaire du médecin-conseil.

Pour le Groupe d'experts Médecine des assurances:

Christoph Bosshard, Peppo Brandenburg, Luzi Dubs, Carol Hasler, Thomas Kehl, Bruno Soltermann, Marc Zumstein

Grandvaux, février 2018