MINISTÈRE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Cellule d'expertise médicale

Avis de la Cellule d'expertise médicale

Analyse et propositions relatives à la demande concernant l'ajout d'une sous-section 3 « Algologie » comprenant 12 nouveaux actes au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du chapitre 1er section 5 de la nomenclature des actes et services des médecins

Saisine de la Commission de nomenclature

(Référence CN No. 2022 / 06)

Luxembourg, le 29 septembre 2022

Cellule d'expertise médicale - CEM
26, rue Ste Zithe L-2763 Luxembourg
Téléphone : 2478 2478 Fax : 247-86225 E-mail : cem@igss.etat.lu

Remarque préliminaire :

Dans le règlement grand-ducal (RGD) du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature (CN) des actes et services pris en charge par l'assurance maladie, on peut lire à l'article 4 que : *« Le président de la CN transmet les demandes recevables à la CEM afin [..]*
L'article 4 alinéa 2 de ce règlement dispose que :
Les nomenclatures de référence sont des classifications des actes basées sur une hiérarchie des actes et services des prestataires de soins établies suivant des critères scientifiques validés. »

L'article 65bis paragraphe (1) point 1) du Code de la sécurité sociale (CSS) stipule qu'*« il est créé sous l'autorité des Ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale (CEM) qui a pour missions :*

1) *de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé, et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application ; [..] »*

La CEM suggère qu'à l'avenir la CN respecte les conditions de saisine décrites dans le RGD du 30 juillet 2011, à savoir qu'elle doit être saisie par le président, en l'occurrence actuellement la présidente de la CN, et cela sans mise en copie d'autres personnes.

1 Objet de la saisine

Par email du 15 juin 2022, la Commission de nomenclature soumet à l'analyse de la Cellule d'expertise médicale *« conformément aux dispositions de l'article 4 du règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie »* la demande standardisée 2022-06 déclarée recevable par la CN le 27 avril 2022.

La demande standardisée 06/2022, dûment complétée est présentée en annexe 1, elle est accompagnée d'une lettre de saisine de la CN par le président de la Caisse nationale de santé (CNS) en date du 24 mars 2022.

L'organisme demandeur est la CNS.

La nature de la requête est une demande d'« *ajout d'une sous-section 3 au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du chapitre 1er section 5 du règlement modifié du 21 décembre 1998, arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. »*

Le demandeur précise que le libellé de la section 5 « Neurologie et Psychiatrie » doit être modifié comme suit : « Neurologie, Psychiatrie et Algologie ». La nouvelle sous-section 3 : Algologie comprend 12 nouveaux actes. Deux remarques complètent le tableau des actes à introduire. Le demandeur précise que *« les codes de cette nouvelle sous-section ne sont pas cumulables avec eux-mêmes ou avec tout autre code de la sous-section 3 « Algologie » et que la mise en compte de ces 12 nouveaux actes est réservée aux médecins ayant une compétence en algologie agréés par le réseau de compétences « douleur chronique » ».*

La liste des nouveaux actes techniques médicaux proposés est la suivante :

Sous-section 3 « Algologie »

Position	Libellé	Code	Coeff.
1	Bloc anesthésique périphérique ou neuroaxial, diagnostique, pronostique et thérapeutique avec repérage par neurostimulation sensitive et/ou motrice, sous surveillance des fonctions vitales, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale, maximum 6 fois par an.	YVB11	38,87
2	Traitement intraveineux continu à visée antalgique, antineuropathique ou antihyperalgésique, sous surveillance des fonctions vitales en ambulatoire en milieu hospitalier, maximum 8 fois par an	YZF11	29,73
3	Traitement des douleurs neuropathiques par application cutanée, ou injection sous-cutanée, maximum 5 fois par an - CAC	YVQ21	20,81
4	Injection antalgique de toxine botulinique, maximum 5 fois par an - CAC	YVB12	27,44
5	Mise en place d'électrodes pour neurostimulation périphérique à partir d'un boitier externe	YVB13	38,87
6	Séance de neuromodulation non-invasive des douleurs par neurobiofeedback ou pour stimulation nerveuse centrale ou périphérique par courant électromagnétique, maximum 12	YZP11	13,72
7	Neurolyse non chirurgicale ou neuromodulation de 1 ou plusieurs nerfs périphérique(s) ou neuraxial(s) par moyen physique ou chimique, avec ou sans neurostimulation, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale, sous surveillance des fonctions vitales, maximum 6 fois par an	YVP11	50,24
8	Séances d'acupuncture à visée antalgique, maximum 8 fois par an - CAC	YZB11	16,01
9	Suivi de prise en charge holistique algologique chronique d'une durée de moins de 20 minutes	YMQ11	14,32
10	Suivi de prise en charge holistique algologique chronique d'une durée de 20 à 40 minutes	YMQ12	28,38
11	Bilan d'évaluation holistique initial de prise en charge algologique chronique d'une durée de 41 à 60 minutes	YMQ13	44,59
12	Education thérapeutique de groupe dans le cadre d'une prise en charge algologique chronique par le médecin d'une durée minimum de 60 minutes, maximum 6 patients, par patient.	YZQ11	6,86

Le demandeur motive sa demande comme suit :

« L'algologie n'est pas reconnue comme une spécialité médicale par le Règlement grand-ducal du 10 juillet 2011 fixant la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire, et est pratiquée par des professionnels de diverses spécialités médicales.

Cependant, le traitement de la douleur, et particulièrement de la douleur chronique, est une composante essentielle d'une prise en charge de qualité. Des évolutions récentes permettent de faciliter l'accès des patients à l'algologie, comme l'article 28 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui prévoit la création au Luxembourg d'un réseau de compétence pour assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints de douleur chronique.

La nomenclature doit donc elle aussi être adaptée, pour introduire les nouveaux traitements, s'adapter à la pratique du réseau de compétence émergent et faire la place nécessaire à la prise en charge de la douleur. La nomenclature ne comprend pas d'actes spécialement dédiés à l'algologie. »

2 Analyse de la demande standardisée adressée à la CEM

Conformément à l'article 4 du règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature, la CEM prend acte sans révision des informations adressées par la CN dans la première partie de la demande standardisée et se propose de compléter les critères constituant la deuxième partie.

3 Méthode d'analyse

C'est la première fois que la CN demande un avis scientifique concernant l'introduction d'actes réservés à des médecins dont la qualification (algologie) n'est pas reconnue au Grand-Duché et affiliés à une entité non encore créée à la date de la saisine c'est à dire un réseau de compétence pour prise en charge de la douleur chronique.

La CEM n'ayant reçu aucune information concernant les compétences d'un médecin spécialiste en algologie au Luxembourg ainsi que sur le projet réseau de compétences cité dans la demande standardisée. Avant de débuter une analyse acte par acte, la CEM a recherché avant de commencer une analyse acte par acte, la définition du réseau de compétence d'après la loi de 2018, le contenu de la formation en algologie dans les pays voisins et les différentes douleurs chroniques nécessitant une prise en charge spécialisée.

Après avoir vérifié que les actes proposés, théoriquement réservés à des médecins algologues reconnus par le futur réseau de compétence, ne faisaient pas double emploi avec des actes de la nomenclature actuelle, la CEM a aussi vérifié qu'il s'agissait bien d'actes techniques étant donné que le demandeur propose qu'ils soient inscrits dans la deuxième partie de l'annexe. Elle a aussi essayé d'analyser la proportionnalité des coefficients proposés par la CNS mais elle souligne n'avoir reçu aucune information concernant la façon dont le demandeur a calculé les coefficients proposés dans la demande standardisée. Enfin la CEM n'a pas pu vérifier la logique des codes proposés pour chaque acte, la CNS ayant adopté récemment une nouvelle architecture des codes de la nomenclature des actes des médecins.

4 Résultats de la recherche

4.1 Informations retrouvées en lien avec la demande

4.1.1 Définition du réseau de compétences :

Dans la loi hospitalière de mars 2018 on peut lire à l'article 28 :
Art. 28.
(1)
Un « réseau de compétences » est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou de plusieurs services, assurant ***une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie*** *ou un groupe de pathologies,* ***garantissant le respect de critères de qualité élevés par tous les intervenants et la prise en compte des avancées médicales et scientifiques les plus récentes****. Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement.*
(2)
Des réseaux de compétences pourront être créés afin d'assurer ***la prise en charge interdisciplinaire*** *des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants :*
1. accidents vasculaires cérébraux (1) ;

2. *cancers intégrant le service de radiothérapie (2) ;*
3. *affections rachidiennes à traitement chirurgical (1) ;*
4. *diabète et obésité morbide de l'adulte (1) ;*
5. *diabète et obésité morbide de l'enfant (1) ;*
6. *immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1) ;*
7. *maladies psychosomatiques (1) ;*
8. ***douleur chronique** (1) ;*
9. *maladies neuro-dégénératives (1).*

(3)
La demande d'autorisation est introduite par au moins deux hôpitaux sous forme d'un projet de réseau de compétences auprès du Comité de gestion interhospitalière mentionné au paragraphe 5. Tous les hôpitaux traitant la pathologie ou le groupe de pathologies en question peuvent y participer.
(4)
Ce projet précise :

1. ***les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté ;***
2. *les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés ;*
3. *les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le réseau ;*
4. ***les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du réseau ;***
5. ***les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau** ;*
6. *l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science ;*
7. *la composition et la mission du Conseil scientifique ;*
8. *le contenu minimal du rapport d'activité annuel ;*
9. *les modalités d'évaluation et d'assurance qualité des prestations ;*
10. *le cas échéant, les activités de recherche et d'enseignement envisagées.*

Chaque projet de réseau de compétences doit être accompagné d'un Conseil scientifique.
Le projet de réseau de compétences ne peut être soumis au ministre que si au moins la moitié des membres du Comité de gestion interhospitalière visé au paragraphe 5 y donnent un avis favorable.
……..
(9)

L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences délivrée par le ministre mentionnera ***les sites hospitaliers et les services hospitaliers faisant partie du réseau de compétences.***
La première autorisation d'exploitation et les prolongements successifs de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences sont ***valables pour une durée de cinq ans****.*
L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences est à chaque fois prorogée pour une durée de cinq ans, à condition que les établissements hospitaliers faisant partie du réseau de compétences adressent une lettre recommandée dans un délai de six mois avant l'échéance de l'autorisation au ministre confirmant qu'ils respectent toujours leur projet de réseau de compétences.
Sans préjudice de l'alinéa précédent, le ministre ne peut refuser la prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences que si ce dernier ne respecte plus son projet de réseau de compétences ou qu'il ne corresponde plus aux besoins sanitaires nationaux.
En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences, le ministre fixe le délai endéans lequel le réseau doit être fermé. Ce délai est au maximum de deux ans. »

4.1.2. Contenu de la spécialisation en algologie dans les pays ou les étudiants en médecine luxembourgeois se forment le plus fréquemment :

En Belgique plusieurs formations en algologie sont proposées dont celle conjointe des universités d'Anvers, de Gent, de Louvain, de Liège et de Bruxelles qui spécifie qu'au cours de cette formation postuniversitaire qui se fait sur 2 années, le médecin acquiert les connaissances scientifiques, les compétences et les attitudes nécessaires afin de fournir des soins aux patients souffrant de problèmes de douleur complexe. *(https://www.programmes.uliege.be/cocoon/20222023/formations/descr/MYALGO90.html)*

En Allemagne comme en Autriche, des formations sont proposées qui ont pour objectif l'optimisation de la prise en charge de la douleur chronique dans des équipes multidisciplinaires. Par exemple en Allemagne, la société allemande de la douleur propose un cursus de 80 heures *(https://www.dgschmerzmedizin.de/dgs-campus/curriculum-spezielle-schmerztherapie/)*. A Vienne un diplôme interdisciplinaire en médecine de la douleur est proposé. *(https://www.meduniwien.ac.at/web/studium-weiterbildung/universitaere-weiterbildung/alle-lehrgaenge-und-kurse/interdisziplinaere-schmerzmedizin-ismed/*).

En France, l'hôpital Saint-Antoine de Paris propose un diplôme inter-universitaire (DIU) « formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur ». Cette formation qui ne cible pas uniquement les médecins a pour objectif de « *Former, grâce à la collaboration de diverses professions de la santé et spécialistes de disciplines complémentaires, tout professionnel de santé dans le domaine de la douleur et dans son approche interdisciplinaire. Afin de répondre au besoin de formation continue dans ce domaine. ». (https://fc.sorbonne-universite.fr/nos-offres/formation-des-professionnels-de-sante-a-la-prise-en-charge-de-la-douleur/*)

4.1.3. Définition de la douleur chronique :

Selon la onzième révision de la classification internationale des maladies (ICD-11) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO) la douleur chronique (code MG30) est décrite comme : *« une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. La douleur chronique est une douleur qui persiste ou réapparait pendant plus de 3 mois. La douleur chronique est multifactorielle : des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux contribuent au syndrome de la douleur. »* L'ICD-11 différencie au moins 7 étiologies :

MG30.0 : Douleur chronique primaire
MG30.1 : Douleur chronique due à un cancer
MG30.2 : Douleur postchirurgicale ou posttraumatique chronique
MG30.3 : Douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques
MG30.4 : Douleur viscérale secondaire chronique
MG30.5 : Douleur neuropathique chronique
MG30.6 : Céphalée ou douleur orofaciale secondaire chronique
MG30.Y : Autres douleurs chroniques
MG30.Z : Douleur chronique, sans précision

Remarque :
Avec l'ICD-10CM, utilisée actuellement pour le codage des diagnostics dans la documentation hospitalière, on peut coder la douleur en diagnostic principal ou secondaire selon le motif d'entrée avec en général un code G89. Il n'y a pas de précision en ICD-10

CM sur un délai de temps nécessaire permettant de dire que la douleur est devenue chronique.

4.2 Réponses proposées par la CEM pour les critères en lien avec la pratique professionnelle et la prise en compte dans la nomenclature

La CEM regrette que le projet du réseau de compétence « douleur chronique » n'ait pas été joint à la demande standardisée. Cela lui aurait permis de pouvoir « *proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé, et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application ; [..] ».* Il aurait été en effet plus clair de comprendre quelles douleurs chroniques le réseau de compétence se proposait de prendre en charge et quels actes étaient strictement médicaux donc intégrables dans la nomenclature des actes et services des médecins. De même la CEM devant se prononcer sur le lieu de prestation de l'acte, la trajectoire de soin lui aurait permis de définir si l'acte est hospitalier ou extrahospitalier.

D'autre part, il est difficile de comparer le contenu des formations/diplômes en Allemagne, Autriche, Belgique et France. On peut néanmoins retenir que les formations complémentaires proposées enseignent différentes manières de prendre en charge la douleur (pharmacologiques, médico-chirurgicales et le volet psychosocial). Des formations complémentaires/alternatives sont parfois proposées comme l'hypnose ou l'acupuncture. Enfin ces formations ne sont pas forcément réservées au corps médical. Il faut donc attendre de connaître les compétences qui seront éventuellement reconnues aux algologues au Luxembourg pour savoir si des actes techniques pourront leur être éventuellement réservés spécifiquement.

La définition de la douleur chronique semble universelle depuis sa reconnaissance comme maladie en tant que telle par l'OMS. Par contre l'ICD-11 n'est pas encore utilisée au Luxembourg comme classification des maladies, empêchant de connaître les patients pris en charge pour une douleur chronique dans la documentation hospitalière et donc d'évaluer les besoins en actes nouveaux du réseau de compétence.

La notion de prise en charge de la douleur aigue, chronique ou rebelle par la CNS existe dans la nomenclature actuelle en tant que telle. Ainsi dans la version coordonnée publiée le 1er juillet 2022, on retrouve une consultation réservée au médecin agréé collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique », des forfaits et un acte technique permettant la prise en charge de la douleur.

Dans l'annexe :
Première partie : Actes généraux, Chapitre 1- Consultations :
Section 2 - Consultations majorées :
C77 : *« Consultation majorée du médecin agréé collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique »*, Coeff. 30,28

Section 6 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur :
Sous-section 4 - Traitement de la douleur aiguë post-opératoire d'un malade non hospitalisé au service de réanimation, par PCA avec pompe à morphine ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (mise en place comprise)
F69 : *« Traitement de la douleur aiguë post-opératoire, par jour »,* Coeff. : 20,04

F691 : *« Traitement de la douleur aiguë post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal »,* Coeff. : 30,06

A propos de ces deux forfaits il est écrit à l'article 6 du RGD de 2011 : *« Les forfaits prévus à la section 6 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation chez des malades admis au service de réanimation (sauf pour les positions F69 et F691) et nécessitant la réanimation avec surveillance étroite en cas d'affection aiguë ou de traumatisme (sous-section 1) ou le traitement avec surveillance étroite après intervention sous anesthésie générale (sous-section 2)* ***ou l'anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (sous-section 3) ou le traitement complexe de la douleur (sous-section 4)****. Le protocole d'hospitalisation est compris. »*

Deuxième partie : Actes techniques

Chapitre 7 - Anesthésie – Réanimation, Section 3 - Autres actes d'anesthésie-réanimation

7A43 : *« Anesthésie péridurale continue ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux, avec mise en place d'un cathéter permanent, pour traitement de douleurs rebelles, en dehors de toute intervention, pour une période maximale de cinq jours »*, Coeff. 30, 80

D'autre part la CEM rappelle que d'autres actes peuvent aussi être facturés pour la prise en charge de la douleur chronique comme :

Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales

Section 1 - Médecine Générale

- Sous-section 1 - Infiltrations

REMARQUE:

Les positions de la sous-section 1 ne sont pas cumulables entre elles, pour la même région anatomique. Les infiltrations superficielles ne sont pas à mettre en compte.

1M11 : *« Infiltration du ganglion de Gasser, infiltration périaortique »*, Coeff : 13,73

1M12 : *« Infiltration d'un ganglion ou d'un nerf profond de la tête ou du cou »,* Coeff : 6,50

1M13 : *« Infiltration du sympathique dorsal, lombaire, pelvien ou splanchnique – CAC »,* Coeff. : 4,30

1M14 : *« Infiltration périnerveuse profonde – CAC »*, Coeff. 3,63

1M17 : *« Infiltration péridurale »,* Coeff. 9,52

- Sous-section 2 - Injections

1M37 : *« Mise en place par voie percutanée d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et implantation d'un port sous-cutané pour injections répétées pour chimiothérapie ou* ***analgésie*** *(non cumulable avec 1M21 ou 1M22) », Coeff. : 63,08*

1M38 : *« Mise en place ou changement d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et raccordement à un port sous-cutané (non cumulable avec 1M21 ou 1M22) »,* Coeff. : 25,30

1M39 : *« Mise en place ou changement d'un port sous-cutané avec contrôle radiologique »*, Coeff. : 37,78

D'autre part, il est rappelé à l'article 5 du RGD de juillet 2011 concernant les consultations et visites que : « Le médecin mettra en compte exclusivement la consultation réservée à sa spécialité », et à la section 9 - Traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou en service de soins palliatifs du chapitre 4 - Traitement hospitalier de la première partie de l'annexe, que : « *Ces forfaits comprennent les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent pas être remplacés par ceux-ci. La mise en compte des forfaits F85 et F851 est subordonnée au respect de l'application des articles 3 et 4 du règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs pris en exécution de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.* »

La CEM rappelle que le demandeur doit s'assurer que toutes les règles de facturation rappelées ci-dessus seront appliquées aux futurs actes qu'ils soient intégrés dans une section spécifiques ou non.

La CNS propose de créer une 3ème sous-section « algologie » à la section 5 du chapitre 1er du règlement modifié du 21 décembre 1998, arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. La CEM ne peut pas recommander cet ajout en l'état actuel des règles des actes déjà introduits dans la nomenclature des actes et services des médecins et elle se demande si les actes proposés pour être pris en charge par la CNS pour le traitement de la douleur chronique ne devraient pas compléter les chapitres, sections ou sous-section déjà existants. En effet dans une nomenclature tarifaire ce n'est pas la pathologie qui définit un acte. D'autre part, un libellé ne peut correspondre qu'à un acte et un seul pour éviter toute confusion de codage, ce qui n'est pas le cas dans cette demande standardisée. Enfin, la CEM n'ayant pas été saisie concernant l'introduction dans la nomenclature de l'acte C77, elle suppose que la CN connait le projet de réseau « douleur chronique » et qu'elle est donc à même de savoir si les actes proposés dans cette saisine sont bien réservés à la pratique médicale.

Concernant les actes proposés, la CEM a fait des remarques générales. En effet, tant que le projet de réseau de compétence douleur n'a pas été reconnu par les autorités sanitaires et que la spécialité d'algologie n'est pas inscrite dans la liste des spécialités médicales du Collège médical, il est difficile de savoir comment analyser avec précision la demande standardisée.

Libellé	Code	Coeff.	Remarques CEM
Bloc anesthésique périphérique ou neuroaxial, diagnostique, pronostique et thérapeutique avec repérage par neurostimulation sensitive et/ou motrice, sous surveillance des fonctions vitales, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale, maximum 6 fois par an.	**YVB11**	38,87	Acte technique. Il existe déjà un acte très semblable dans la nomenclature, l'acte 7A43 : « *Anesthésie péridurale continue ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux, avec mise en place d'un cathéter permanent, pour traitement de douleurs rebelles, en dehors de toute intervention, pour une période maximale de cinq jours* » Or cet acte n'est pas supprimé, il risque d'y avoir une ambiguïté de codage avec le nouvel acte d'autant que le coefficient proposé pour YVB11 est de 38,87 alors que 7A43 n'a un coefficient que de 30,80 ? Pourquoi maximum 6 fois par an ? La CEM n'a pas trouvé dans la littérature d'argument dans un sens ou dans un autre pour cette limitation à 6 fois par an. Cet technique est reconnue pour être moins onéreuse que certaines prises en charge médicamenteuses.

Traitement intraveineux continu à visée antalgique, antineuropathique ou antihyperalgésique, sous surveillance des fonctions vitales en ambulatoire en milieu hospitalier, maximum 8 fois par an	**YZF11**	29,73	A priori c'est un acte technique, mais la rédaction du libellé est peu précise : que veut dire « traitement » ? La mise en place du cathéter veineux n'est pas un acte réservé aux médecins. Cet acte comprend-il systématiquement la pose d'un système de perfusion type « Port-a-Cath » ? Si oui, il faudrait le préciser. Ce traitement ne peut-il pas bénéficier à un patient en hospitalisation stationnaire ? La CEM n'a pas trouvé d'arguments scientifiques permettant de fixer une limite à 8 par an.
Traitement des douleurs neuropathiques par application cutanée, ou injection sous-cutanée, maximum 5 fois par an - CAC	**YVQ21**	20,81	A priori c'est un acte technique, mais la rédaction du libellé est peu précise : que veut dire : « traitement » ? Est-ce un acte médical ou infirmier ? Application ou injection de quel produit ? Pourquoi un acte spécifique uniquement pour le traitement des douleurs neuropathiques dans un réseau de compétence « douleur chronique » ? ? La consultation C77 a un coefficient de 30,28, si le médecin peut cumuler C77 et YVQ21, la somme des coefficients est de 51,09. La CEM se pose la question de la proportionnalité de ce coefficient et se demande pourquoi il est cumulable avec une consultation.
Injection antalgique de toxine botulinique, maximum 5 fois par an - CAC	**YVB12**	27,44	Acte technique. Les interrogations concernant la cohérence des coefficients soulevées par la demande de cumuler l'acte à la consultation sont d'autant plus valables ici. De quel type d'injection parle-t-on ici ? Intramusculaire ? Il faudrait préciser car pour l'acte YVQ21 il est précisé « injection sous cutanée » avec un coefficient de 20,81. Faut-il créer un acte spécifique pour l'injection de toxine botulinique ? Est-ce vraiment un médecin qui fait ces injections dans une équipe hospitalière pluridisciplinaire organisée en réseau de compétences ? Remarque : L'AMM pour les médicaments contenant de la toxine botulinique doit être respectée si ces injections sont faites en extrahospitalier.
Mise en place d'électrodes pour neurostimulation périphérique à partir d'un boitier externe	**YVB13**	38,87	Acte technique. Remarque: La pose du boitier n'est pas comprise dans cette demande standardisée (cf. acte YUA19 ou YUA17) de même pour l'ablation d'une électrode (cf. acte YUA21).
Séance de neuromodulation non-invasive des douleurs par neurobiofeedback ou pour stimulation nerveuse centrale ou périphérique par courant électromagnétique, maximum 12 fois par an	**YZP11**	13,72	Acte technique. Dans les deux autres cas de neurostimulations déjà présents dans la nomenclature, il n'y a pas d'actes pour les séances de neuromodulation, pourquoi ici ?

Neurolyse non chirurgicale ou neuromodulation de 1 ou plusieurs nerfs périphérique(s) ou neuraxial(s) par moyen physique ou chimique, avec ou sans neurostimulation, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale, sous surveillance des fonctions vitales, maximum 6 fois par an	**YVP11**	50,24	Acte technique. Quelle est la différence entre la neuromodulation proposée ici et l'acte YZP11 ? Quelles sont les spécificités de l'acte (temps, effort intellectuel et technicité) qui justifient un tel coefficient ? La CEM n'a pas trouvé d'arguments scientifiques permettant de fixer une limite à 8 par an.
Séances d'acupuncture à visée antalgique, maximum 8 fois par an - CAC	**YZB11**	16,01	**Au moment de la rédaction de cet avis, l'acupuncture n'est pas prise en charge par la CNS quelle que soit la formation de l'acupuncteur et l'indication.** La CEM ne peut donc pas recommander l'introduction de cet acte dans une nomenclature tarifaire des actes médicaux opposables à la CNS.
Suivi de prise en charge holistique algologique chronique d'une durée de moins de 20 minutes	**YMQ11**	14,32	Ce n'est pas un acte technique. C'est un acte intellectuel à comparer aux consultations de concertation pluridisciplinaires par exemple
Suivi de prise en charge holistique algologique chronique d'une durée de 20 à 40 minutes	**YMQ12**	28,38	Ce n'est pas un acte technique. Quels seront les critères qui justifieront le temps supplémentaire par rapport à YMQ11 ? Pour rappel d'un principe d'écriture : Si on ne peut pas mettre en place des critères faciles à contrôler pour vérifier le temps, il est préférable de ne pas créer plusieurs actes.
Bilan d'évaluation holistique initial de prise en charge algologique chronique d'une durée de 41 à 60 minutes	**YMQ13**	44,59	C'est n'est pas un acte technique. Pourquoi le bilan arrive après le suivi dans la hiérarchie des codes ? Le bilan dure-t-il toujours plus de 40 minutes? Comment le vérifie-t-on ? Est-ce un médecin qui fait seul ce bilan dans un réseau de compétence ? Le libellé devrait expliquer ce que comprend le bilan, comme par exemple la rédaction d'un rapport médical à adresser au médecin traitant du patient.
Education thérapeutique de groupe dans le cadre d'une prise en charge algologique chronique par le médecin d'une durée minimum de 60 minutes, maximum 6 patients, par patient	**YZQ11**	6,86	Ce n'est pas un acte technique. Pourquoi spécifier par "le médecin" dans la nomenclature des médecins, d'ailleurs est-ce vraiment un médecin qui fait l'éducation thérapeutique à ce tarif ? Pourquoi un coefficient si bas alors que l'éducation thérapeutique du patient est un temps essentiel de la compréhension de la prise en charge d'une douleur chronique ?

Dans la lettre jointe en annexe à la saisine de la CN, le Président de la CNS écrit que la demande standardisée est faite dans le cadre de la *« révision de la nomenclature des actes et services des médecins »*. La CEM souligne qu'ici, il s'agit d'introduire dans la nomenclature une nouvelle sous-section « algologie » contenant 12 nouveaux actes et non de la révision d'une partie de la nomenclature existante. Elle reconnait que l'écriture d'une nomenclature est un exercice complexe. La rédaction des libellés d'une nomenclature tarifaire suit des règles, même si la description des actes ne doit pas y être aussi précise que celle d'une classification à but descriptif comme prévu dans la documentation hospitalière. La rédaction des libellés

des actes techniques doit par exemple préciser l'action, la localisation et de la voie d'abord utilisée caractéristiques qui ne sont pas retrouvées pour les actes techniques proposés ici. Il est aussi proposé d'introduire des actes très similaires à des actes déjà existant dans la nomenclature, alors qu'un acte doit être unique pour éviter tout ambiguïté de codage. Le demandeur propose de considérer comme actes techniques des actes intellectuels comme les suivis holistiques ou l'éducation thérapeutique qui d'après l'analyse de la CEM devraient figurer dans la première partie de l'annexe. Enfin le demandeur demande d'inscrire dans une nomenclature tarifaire des actes de pratique médicale dite alternative qui, à la date de la saisine, ne sont pas opposables à la CNS comme l'acupuncture.

5 Conclusion générale et perspectives

La CEM soutient bien évidemment l'importance de la prise en charge multidisciplinaire de chaque patient souffrant d'une douleur chronique selon les recommandations de bonne pratique reconnues et en respect du droit des patients. Néanmoins, la CEM ne peut recommander la création dans la deuxième partie de l'annexe du RGD de juillet 2011, d'une sous-section « algologie » pour que la nomenclature tarifaire des médecins *« s'adapte à la pratique du réseau de compétences émergent et faire toute la place à la prise en charge de la douleur »* comme le suggère la CNS. La CEM ne peut pas non plus recommander l'introduction des libellés, des codes et des coefficients proposés dans la demande standardisée sans de nombreuses modifications. Elle rappelle que la nomenclature est un catalogue tarifaire qui renseigne entre autres les actes médicaux opposables à la CNS. Enfin elle souligne encore que l'annexe du RDG de 2011 distingue, dans sa première partie, les actes généraux comme les consultations, les visites ou les forfaits et dans sa deuxième les actes techniques, ces deux parties sont donc à respecter.

6 Bibliographie

Règlements et législation

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. *Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie*. (1998) Luxembourg. Version coordonnées du 1er juillet 2022.

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. *Règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie*. (2011) Luxembourg : Mémorial A n°183 du 23 août 2011.

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. (2018) Mémorial A n°222 du 28 août 2018.

Art. 65bis du Code de la sécurité sociale.
Accessible sur le site :
https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/code/securite_sociale/20220101

Autres publications

Prise en charge de la douleur chronique :

- Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. HAS décembre 2008.
  Accessible en septembre 2022 sur le site :
  https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf

- Guidelines on the management of chronic pain in children: executive summary. WHO 2021
  Accessible en septembre 2022 sur le site :
  https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341828/9789240026810-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Prise en charge de la douleur chronique en Belgique. Passé, présent. Futur. A. Berquin, M.E. Faymonville, K. Deseure et Al. Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. 2011
  Accessible en septembre 2022 sur le site :
  https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/douleurrapportetude.pdf

- The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. S.N. Raja, D.B. Carr, M. Cohen. Pain. 2020 September 01; 161(9): 1976–1982
  Accessible en septembre 2022 sur le site :
  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680716/pdf/nihms-1596925.pdf

- Guidelines for regional anesthetic and analgesic techniques in the treatment of chronic pain syndromes. H. Beloeila, É.Vielb et al. Ann Fr Anesth Reanim 2013 Apr;32(4):275-84

Accessible en septembre 2022 sur le site :
https://doi.org/10.1016/j.annfar.2013.02.021

- La prise en charge de la douleur : fiche patient 17
  Accessible en septembre 2022 sur le site :
  https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-17-la-prise-en-charge-de-la-douleur

- Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. A. Berquin. Rev Med Suisse 2010 ; 6 : 1511-3
  Accessible en septembre 2022 sur le site :
  https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-258/le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie

Formation en algologie :

- Faculté de Médecine Saint-Antoine. Diplôme interuniversitaire (Diu)
  Formation des Professionnels de Santé à la prise en charge de la Douleur.
  Programme prévisionnel 2022-2023. Médecine Sorbonne université.
  Accessible en septembre 2022 sur le site :
  https://fc.sorbonne-universite.fr/nos-offres/formation-des-professionnels-de-sante-a-la-prise-en-charge-de-la-douleur/

7 Glossaire des abréviations

Classement par ordre alphabétique :

AMMD	Association des médecins et médecins dentistes
CEM	Cellule d'expertise médicale
CN	Commission de nomenclature
CNS	Caisse Nationale de Santé
CSS	Code de la sécurité sociale
ICD-11	International classification of Diseases – 11th revision
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RGD	Règlement grand-ducal

8 Annexes

- Mail de saisine de la CEM.
- Lettre du président de la CNS à la présidente de la CN
- Demande standardisée complétée par la CNS.