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'inscription dans la première partie de la nomenclature de deux forfaits pour traitements hospitaliers stationnaires internes concernant la prise en charge de patients présentant un état de douleurs chroniques.

Saisine de la Commission de nomenclature 08/22

(Référence CEM No. 2022-07)

Luxembourg, le 5 octobre 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 courrier électronique du 17 juin 2022, la Commission de nomenclature (CN) a soumis à l'analyse de la Cellule d'expertise médicale (CEM), une saisine de l'Association des médecins et médecins dentistes (AMMD) datée du 8 juin 2022 concernant une demande d'inscription de deux nouveaux libellés pour *« traitement hospitalier stationnaire interne* » à la section 2 du Chapitre 4 de la Première partie : actes généraux de la nomenclature des actes et services des médecins, (abrégé plus loin par nomenclature).

La demande de la CN est présentée en annexe, elle comprend la demande standardisée 08/22 dans le cadre de la saisine de la CN dûment complétée et une lettre de l'AMMD adressée à la Présidente de la CN.

L'organisme demandeur est l'AMMD.

La nature de la requête est une demande d'inscription de deux nouveaux forfaits hospitaliers stationnaires internes dans la Première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins, Chapitre 4 - Traitement hospitalier, Section 2 - Traitement hospitalier stationnaire interne :

« *Forfait par jour pour le traitement stationnaire hospitalier par le médecin exerçant en unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, ou collaborant dans le réseau de compétence « douleur chronique* ». Code F35 Coefficient : 15,81

« *Forfait le dimanche ou un jour férié légal pour le traitement stationnaire hospitalier par le médecin exerçant en unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, ou collaborant dans le réseau de compétence « douleur chronique* ». Code F36 Coefficient : 27,67

La motivation détaillée de la demande est :

« La prise en charge des patients douloureux chroniques constitue une nécessité médicale, éthique, socio-économique et un droit fondamental internationalement reconnu. Depuis plus de 10 ans, un consensus n'a pas été obtenu pour définir les libellés et les tarifs nécessaires. L'absence de nomenclature adaptée limite actuellement l'accès aux soins des patients concernés ce qui constitue une non-conformité à la loi concernant le droit des patients. Ce défaut d'accès a été partiellement compensé durant de longues années par des médecins sensibilisés à la problématique et volontaires pour la résoudre.

Malgré cet investissement substantiel de certains médecins, les patients douloureux chroniques ne bénéficient souvent pas de prise en charge adéquate alors qu'ils cotisent à la CNS - ils se retrouvent ainsi en situation de discrimination. Par ailleurs l'absence de nomenclature ne permet pas d'appliquer la loi hospitalière en vigueur depuis le 1er avril 2018, concernant les services d'oncologie qui devraient avoir accès aux unités hospitalières de diagnostics, de traitements et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques.

Considérant que la loi hospitalière a finalement retardé la prise en charge de la douleur chronique alors qu'elle était supposée la faciliter, la saisine sous rubrique est considérée comme une urgence.

Par ailleurs l'absence de nomenclature ne permet pas d'appliquer la loi hospitalière concernant les services d'oncologie qui devraient avoir accès aux unités hospitalières de diagnostics, de traitements et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques.

Un traitement hospitalier s'avère nécessaire :

- *pour les patients hospitalisés dans les services d'oncologie présentant des douleurs aigues, subaiguës et chroniques insuffisamment contrôlées conformément à la loi hospitalière ;*
- *pour les patients hospitalisés dans un service non-oncologique présentant des douleurs aigues, subaiguës et chroniques insuffisamment contrôlées (dans un souci d'équité et de justice distributive des soins) ;*
- *pour les patients présentant des douleurs complexes insuffisamment contrôlées ;*
- *pour les patients fragiles ou à risques (âges extrêmes de la vie, comorbidités multiples, poly médicamentation) compte tenu de la marge thérapeutique de certains antalgiques ;*
- *pour l'accompagnement des patients présentant un abus d'antalgiques. »*

2 Analyse de la demande standardisée adressée à la CEM

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 de recherche

La CEM ayant réalisé des recherches bibliographiques concernant d'une part la définition du réseau de compétences « douleur chronique » et d'autre part celle de la douleur chronique pour la saisine de la CN 06/2022, les a reprises ici. La CEM a aussi pris en compte la structure des libellés du Chapitre 4 – Traitement hospitalier de la Première partie : Actes généraux, de la nomenclature des actes et services des médecins.

Par contre la CEM n'a pas analysé les motifs de la motivation de cette saisine. En effet plusieurs notions comme la rémunération, la déontologie médicale et le droit des patients sont amalgamées pour justifier la saisine mais ces concepts sont hors de son champ des missions de la CEM rappelées dans la remarque préliminaire.

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) 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.*

…….

(10)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.***

(11)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****.*

4.1.2. 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 dans l'ICD-10 CM d'un délai de temps nécessaire permettant de dire que la douleur est devenue chronique.

4.1.3. Les traitements hospitaliers stationnaires internes :

La rédaction des libellés de la section 2 du Chapitre 4 de la Première partie : Acte généraux de la nomenclature reprend la notion du jour de l'hospitalisation en différenciant plusieurs périodes : le « 1er jour de l'hospitalisation », les « 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour », les « 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour » et « à partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour » ainsi que les libellés pour les mêmes périodes pour les dimanches et jour fériés légaux. Dans la section 9 - Traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou service de soins palliatifs du Chapitre 4, à laquelle le demandeur se rapporte pour expliquer les valeurs des coefficients demandés, la rédaction des libellés reprend la notion de forfait sans précision de jour. Or la Loi hospitalière de 2018, précise que les services d'oncologie : « *dispose d'un accès direct à* ***une unité*** *hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux* ***prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques****, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation*

interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, le service d'oncologie dispose d'une convention avec un établissement hospitalier disposant d'une telle unité, précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patient. »

4.2 Réponses proposées par la CEM en lien avec l'écriture des libellés

Pour respecter la logique de la rédaction des libellés du chapitre 4 – Traitements hospitalier de la Première partie : Actes généraux de la nomenclature, la CEM suggère que les deux forfaits proposés par le demandeur soient inscrits dans la section 9 plutôt que dans la section 2 comme suit :

- « Forfait pour traitement d'un état de douleurs chroniques nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, par jour » code **F86** et coefficient **15,81**
- « Forfait pour traitement d'un état de douleurs chroniques nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, un dimanche ou un jour férié légal » code **F861** et coefficient **27,67**.

Elle propose de modifier l'intitulé de la section 9 comme suit : Section 9 – Traitement hospitalier stationnaire interne soit en unité ou en service de soins palliatifs soit en unité prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques.

La remarque de la section 9 pourrait être modifiée comme suit :
REMARQUE:
1) Ces forfaits comprennent les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent pas être remplacés par ceux-ci.
2) 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.
3) La mise en compte des forfaits F86 et F861 est réservé aux médecins agréés dans le réseau de compétences « douleur chronique » définit par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

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

4.3.1 Lieux de prestation de l'acte

4.3.1.1 Proposition

« En milieu hospitalier dans toutes les unités hospitalières par le médecin exerçant en unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques

- *en tant que médecin traitant*
- *en tant que médecin assurant un traitement parallèle »*

4.3.1.2 Argumentaire

La CEM n'a pas de remarque à faire concernant la proposition du demandeur. En effet, il lui semble médicalement et éthiquement évident que toute douleur soit prise en charge selon les recommandations de bonne pratique indépendamment du type de la douleur (aigue, subaiguë ou chronique) et du lieu où est le patient est hospitalisé.

4.3.2 Services et centres de compétences hospitaliers auxquels les actes sont réservés

4.3.2.1 ***Proposition :*** ne s'applique pas

4.3.3 La ou les spécialités médicales à laquelle ou lesquelles l'acte est réservé

et

4.3.4 Les normes de compétences spécifiques et d'expérience professionnelle requis pour le dispenser

4.3.4.1 Proposition

« Acte réservé à des médecins pouvant faire valoir une formation universitaire en médecine de la douleur validée par le Collège médical ou une expérience d'au moins 4 ans dans un service « douleur chronique » également validée par le Collège Médical. »

4.3.4.2 Argumentaire

La CEM n'a pas réussi à obtenir, avant la réponse à cette demande standardisée à considérer comme urgente, des informations précises lui permettant de décrire ces critères de formation universitaire ou d'expérience. Elle signale qu'une consultation majorée du médecin agréé collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique » (code C77) » est déjà inscrite dans la nomenclature (version du 1er juillet 2022). La CEM en déduit que de tels critères existent et sont connus de la Caisse nationale de santé (CNS). La CEM rappelle qu'elle n'a pas été saisie pour avis avant l'inscription de la consultation spécialisée « C77 » dans la nomenclature et qu'elle n'a pas reçu la description du réseau de compétences « douleur chronique ».

4.3.5 L'appareillage médical nécessaire

4.3.5.1 ***Proposition :*** ne s'applique pas

4.3.6 La nécessité d'une assistance opératoire

4.3.6.1 ***Proposition :*** ne s'applique pas

4.3.7 Les règles de cumul

4.3.7.1 Proposition

Pour la CEM, les règles de mise en compte des 2 nouveaux forfaits F35 et F36 doivent respecter les conditions décrites à l'article 7 du RGD du 21 décembre 1998.

4.3.8 La périodicité de prise en charge de l'acte

4.3.8.1 Proposition

Pour la CEM, une douleur chronique doit être prise en charge pendant tout séjour hospitalier du patient qui en souffre. Ce sont les règles de mise en compte décrites à l'article 7 du RGD de décembre 1998 qui s'appliquent.

4.3.9 Le coefficient de majoration ou de réduction de l'acte

4.3.9.1 ***Proposition :*** Ne s'applique pas.

4.3.10 Une étude de l'impact économique de l'inscription, de la modification ou de la suppression de l'acte

4.3.10.1 Proposition

Il est actuellement impossible de connaitre le nombre de patients hospitalisés présentant des douleurs chroniques résistantes aux « traitements classiques » bien conduits. L'objectif quantitatif devrait être donné dans le projet du réseau de compétences « douleur chronique » (art 28 alinéa 3.2. de la loi de mars 1998). D'autre part, la CEM rappelle que plusieurs actes techniques permettent déjà de prendre en charge la douleur et que l'acte « C77 » a été récemment introduit et qu'une étude de l'impact économique de cette introduction a peut-être déjà été faite.

4.3.11 La nomenclature de référence appliquée

4.3.11.1 Proposition

« Les forfaits F85/F851 : soins palliatifs »

4.3.11.2 Argumentaire

La CEM n'a pas de remarque.

4.3.12 La période de validation provisoire et le délai de révision obligatoire

4.3.12.1 Proposition

La CEM propose une période de validation provisoire de 2 années après la reconnaissance du réseau de compétences « douleur chronique » et un délai de révision de 5 ans en accord avec le RGD du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature.

5 Conclusion générale et perspectives

Après avoir pris en compte qu'une « consultation majorée du médecin agréé collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique » (acte C77) » est déjà inscrite à la Première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins et que l'article 7 du RGD de décembre 1998 décrit les règles de mise en compte des forfaits hospitaliers, la CEM propose que la CN suive la demande de l'AMMD en inscrivant deux nouveaux forfaits pour traitements hospitaliers stationnaires dans le Chapitre 4 de la Première partie : Actes généraux de la nomenclature. Pour conserver la cohérence du Chapitre 4 – Traitement hospitalier, la CEM suggère plusieurs modifications à la proposition de l'AMMD.
La CEM propose d'inscrire dans la nomenclature les deux nouveaux forfaits dans la Section 9 avec les libellés, code et coefficient suivant :

- « Forfait pour traitement d'un état de douleurs chroniques nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, par jour » code **F86** et coefficient **15,81**
- « Forfait pour traitement d'un état de douleurs chroniques nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, un dimanche ou un jour férié légal » code **F861** et coefficient **27,67**.

Elle propose de modifier l'intitulé de la section 9 comme suit : Section 9 – Traitement hospitalier stationnaire interne soit en unité ou en service de soins palliatifs soit en unité prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques.

La remarque de la section 9 devrait être modifiée pour devenir :
REMARQUE :
1) Ces forfaits comprennent les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent pas être remplacés par ceux-ci.
2) 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.
3) La mise en compte des forfaits F86 et F861 est réservé aux médecins agréés dans le réseau de compétences « douleur chronique » définit par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Enfin la CEM rappelle qu'à l'article 7 - Traitement en milieu hospitalier du RGD de décembre 1998, la mention de « médecin agréé dans le réseau de compétences douleur chronique » est absente de la liste des médecins pouvant mettre en compte les forfaits de cette section. Elle laisse la CN décider si cette précision doit être introduite à l'alinéa concernant la section 9.

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 : Mémorial A N°118 du 30 décembre 1998.

- 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

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-10CM	International Classification of Diseases-10th revision-Clinical Modification
ICD-11	International Classification of Diseases-11th revision
Nomenclature	Nomenclature des actes et des services des médecins
RGD	Règlement grand-ducal

Annexes

- Courrier électronique du 17 juin 2022 de la CN adressé à la CEM
- Lettre du 8 juin 2022 de l'AMMD adressée à la Présidente de la Commission de Nomenclature
- Demande standardisée 08/22