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 consultations dans le cadre des réunions de concertation interdisciplinaires concernant la prise en charge dans un réseau de compétences des patients présentant un état de douleurs chroniques.

Saisine de la Commission de nomenclature 11/22

(Référence CEM No. 2022-09)

Luxembourg, 16 novembre 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 *« consultations interdisciplinaires* » au Chapitre 10 – Consultations dans le cadre de réunions de consultations de concertation pluridisciplinaire en cancérologie de la Première partie : actes généraux de la nomenclature des actes et services des médecins, (abrégé plus loin par nomenclature). L'AMMD propose aussi de modifier l'intitulé de ce chapitre.

La demande de la CN est présentée en annexe, elle comprend la demande standardisée 11/22 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 consultations dans la Première partie de l'annexe de la nomenclature, Chapitre 10 – Consultations dans le cadre de concertation pluridisciplinaire :

- « *Consultation du médecin rapporteur, 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 compétences « douleur chronique » dans le cadre des réunions de concertation interdisciplinaires telles que prévues par la Loi hospitalière ».* Code P4 Coefficient : 35

- « *Consultation du médecin participant, exerçant en unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chronique, ou collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique » dans le cadre des réunions de*

concertation interdisciplinaires telles que prévues par la Loi hospitalière ». Code P5 Coefficient : 26

La motivation détaillée est la suivante:
« 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.

Les réunions de concertation font partie intégrante de la prise en charge holistique du patient douloureux chronique selon le modèle bio-psycho-social. La coordination de prise en charge fait partie des bonnes pratiques des bonnes pratiques internationales et permet de délivrer des messages cohérents aux patients, d'établir une démarche commune interdisciplinaire et d'adapter les traitements de façon concertée en cours de prise en charge.

Les actes proposés visent à donner accès à une prise en charge holistique des patients concernés.

Par ailleurs, il est proposé de modifier l'intitulé du chapitre 10, jusque-là limité aux réunions pluridisciplinaires en matières de cancérologie, afin de permettre l'inclusion des actes relatifs aux réunions pluridisciplinaires pour d'autres spécialités »

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

Une recherche sur la création d'unités hospitalières de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chronique, ou collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique » a été faite à l'aide des données de la carte sanitaire. Enfin, la CEM a essayé de comprendre la différence entre les réunions de concertation interdisciplinaires et les réunions pluridisciplinaires du chapitre 10.

La CEM ayant réalisé des recherches bibliographiques concernant les définitions du réseau de compétences « douleur chronique » et de la douleur chronique pour la saisine de la CN 06-2022, elle les a reprises ici.

La structure des libellés du Chapitre 10 – Consultations dans le cadre de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie de la Première partie : Actes généraux, de la nomenclature des actes et services des médecins a été prise en compte, ainsi que celle des libellés de la section 9 - Gériatrie du chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales de la Deuxième Partie : Actes Techniques.

Par contre la CEM n'a pas analysé sur le fond l'ensemble des arguments de la motivation détaillée de cette saisine. En effet, plusieurs notions comme la bonne volonté, la rémunération, la déontologie médicale et le droit des patients sont invoquées pour justifier cette saisine mais ces concepts ne sont pas tous dans les 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 L'unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux

La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière précise que le service 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 patients. »*

Le réseau de compétences :

Dans la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, 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).*

(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.

……..

(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 Le modèle biopsychosocial :

Anne Berquin écrit dans son article « *Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie »* paru dans la Revue Médicale Suisse en 2010 que :

1) *« Le modèle biopsychosocial est significativement plus efficace que le modèle biomédical, tant en termes d'élucidation des problèmes de santé qu'en termes thérapeutiques*
2) *Les perspectives biologique, psychologique et sociale ne sont pas utilisées séquentiellement mais doivent être intégrées* en permanence*, sur un pied d'égalité et sans exclusion*
3) *Le terme « psychologique » ne relève pas de la psychopathologie mais réfère à des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux normaux*
4) *L'évaluation et le traitement accordent une importance particulière aux attitudes, croyances et attentes des patients*
5) *La participation active du patient et une information/éducation adéquates sont particulièrement importantes »*

4.1.4 Le chapitre 10 - Consultations dans le cadre de réunion de consultation de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

Dans la version coordonnée au 01.07.2022 de la nomenclature, 3 actes et 7 remarques sont inscrits dans ce chapitre :

Position	Intitulé	Code	Coeff.
1)	Consultation du médecin spécialiste rapporteur participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	P1	35,00
2)	Consultation du médecin spécialiste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	P2	26,00
3)	Consultation du médecin généraliste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	P3	30,00

REMARQUES:

1) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie relative à la détermination de la stratégie thérapeutique à prendre pour des patients cancérologiques est organisée par le Conseil médical de l'établissement hospitalier agréé par le ministère de la Santé.
2) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie se fait dans le cadre du traitement de patients porteurs d'affections malignes venant d'être diagnostiquées ou dont l'évolution requiert une nouvelle orientation de la stratégie thérapeutique.
3) L'ensemble des consultations P1-P3 de concertation pluridisciplinaire en cancérologie peut être mis en compte au maximum deux fois par patient et par entité d'affection maligne.
4) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie est coordonnée par le médecin qui présente le dossier du patient, qui assure la rédaction du rapport de la réunion et qui informe le patient du projet thérapeutique. Ce rapport fait partie intégrante de la consultation P1.
5) Le nombre de médecins participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ne peut ni être inférieur à trois ni être supérieur à six. Les médecins doivent être issus d'au moins trois spécialités médicales différentes.
6) Par dérogation à l'article 6 alinéa 1 de la nomenclature, le médecin qui doit se déplacer pour participer à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie peut mettre en compte l'indemnité horo-kilométrique.
7) Les médecins radiothérapeutes et anatomopathologistes peuvent assister par vidéoconférence aux réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

4.2 Réponses proposées par la CEM concernant l'introduction de 2 nouvelles consultations au chapitre 10 :

Pour rappel, l'AMMD demande que soients inscrit dans la nomenclature deux nouveaux libellés : l'un pour la « *consultation du médecin rapporteur, 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 compétences « douleur chronique » dans le cadre des réunions de concertation interdisciplinaires telles que prévues par la Loi hospitalière »* et l'autre pour une « *consultation du médecin participant, exerçant en unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chronique, ou collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique » dans le cadre des réunions de concertation interdisciplinaires telles que prévues par la Loi hospitalière ».*

D'après les données de la Carte sanitaire (mise à jour 2021), la présence dans un des hôpitaux du pays « **d'unité de diagnostic, de traitement et de soins prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques** » n'est jamais mentionnée. La CEM ne peut recommander l'introduction d'actes qui ne peuvent être réalisés en pratique, même s'ils sont prévus dans une loi. D'autre part, la CEM signale qu'en général, le lieu de prestation d'un acte n'est pas signalé dans le libellé, mais dans une remarque comme par exemple pour les actes prestés à l'INCCI (voir remarque 3 de la sous-section 5 - Cathétérisme et examens radiologiques de la section 3 - Cardiologie du Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales).

Le demandeur propose que cet acte soit facturable par un **médecin collaborant avec le réseau de compétence « douleurs chroniques »**, cette notion est déjà présente dans la nomenclature et reprise dans le libellé de la *« consultation majorée du médecin agréé collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique »,* code C77. Même si la CEM n'a pas eu connaissance à la date de la saisine de la création effective de ce réseau, elle ne peut donc remettre en cause cette rédaction de libellé.

Par contre, la CEM rappelle que tout patient souffrant de douleur chronique a droit à des soins de qualité égale qu'il participe à un réseau de compétence ou non, selon le principe de l'égalité d'accès à des soins de qualité.
Les prises en charge interdisciplinaire ou multidisciplinaire (médecin, infirmier-ère, kinésithérapeute, psychologue, autre personnel de santé) sont à la base du modèle biopsychosociale, elles bénéficient de l'expertise de chacune des différentes professions.

La loi de décembre 2018, prévoit que *« des réseaux de compétences pourront être créés afin d'assurer la* ***prise en charge interdisciplinaire*** *»* de certains patients.
Au 1er juillet 2022, la nomenclature valorise un acte qui mentionne dans son libellé, le bilan d'évaluation multidisciplinaire et l'évaluation interdisciplinaire à la section 9 - Gériatrie du Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales de la Deuxième partie : actes techniques de l'annexe dans le « *Bilan d'évaluation* ***multi-disciplinaire*** *gériatrique lors d'une hospitalisation stationnaire dans un service autre qu'un service de gériatrie pour une personne âgée d'au moins 75 ans et présentant une polymorbidité, sur prescription du médecin traitant hospitalier, non renouvelable avant le délai de 6 mois »,* code 1F12. Ce bilan comprend *« une anamnèse médico-psycho-sociale, un recensement des comorbidités et facteurs de risque, une analyse des interactions médicamenteuses, une évaluation des risques gériatriques, un examen clinique suivant approche gériatrique, une interprétation des examens biologiques et complémentaires, une synthèse des résultats de* ***l'évaluation interdisciplinaire*** *après concertation en équipe, l'élaboration d'une recommandation d'orientation, de thérapie et de prise en charge globale de la personne âgée, la rédaction d'un rapport au médecin traitant comportant les résultats de toutes les évaluations énumérées ci-dessus et la communication des résultats de l'évaluation au patient et à son entourage. ».*

Le demandeur propose que les deux nouvelles consultations soient introduites au « Chapitre 10 - Consultations dans le cadre de réunion de consultation de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » de la première partie de l'annexe qui deviendrait « Chapitre 10 - Consultations dans le cadre de réunion de consultation de concertation pluridisciplinaire ». La CEM suggère que les libellés des nouvelles consultations soient réécrits pour qu'ils soient homogènes avec les libellés du chapitre 10 et que les remarques de ce chapitre soient complétées pour définir toutes les caractéristiques de ces consultations comme cela est fait pour les actes P1, P2 et P3. Elle suggère que la notion du bilan interdisciplinaire compris dans l'acte 1F12 soit aussi reprise dans le libellé de la consultation du médecin spécialiste rapporteur.

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 :

Unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques.

4.3.1.2 Argumentaire

Il semblerait que de telles unités ne soient pas encore définies au sein des hôpitaux luxembourgeois, ce qui pourrait encore retarder la prise en charge de la douleur chronique si cette notion est reprise dans un libellé même si elle est présente dans une loi. D'autre part, un patient souffrant de douleurs chroniques secondaires à un cancer ou à une autre pathologie telle que décrite dans la définition de l'ICD-11, devrait pourvoir être pris en

charge par une équipe interdisciplinaire spécialisée dans la prise en charge de la douleur, indépendamment du lieu de son hospitalisation.

La CEM suggère d'enlever cette notion du libellé.

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

4.3.2.1 Proposition

Tout service d'hospitalisation stationnaire ou ambulatoire prenant en charge des patients souffrant des douleurs chroniques telles que définies par l'ICD-11.

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

Actes réservés aux 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 « services douleurs chroniques » également validée par le Collège médical.

4.3.4.2 Argumentaire

La CEM suggère, comme proposé dans sa lettre du Collège médicale lui adressée en réponse à une demande d'informations concernant les critères de validation de la formation universitaire en médecine de la douleur ou la validation des acquis de l'expérience, que des démarches soient entreprises pour régulariser ces deux situations. (cf lettre de Collège médicale jointe en annexes).

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

Celles applicables aux consultations.

4.3.8 La périodicité de prise en charge de l'acte

4.3.8.1 Proposition

La CEM propose que les nouvelles consultations soient opposables au maximum 2 fois par patient (La proposition initiale de prise en charge et éventuellement une révision du traitement si celui proposé n'est pas ou plus efficace) par type de douleur chronique.

Le coefficient de majoration ou de réduction de l'acte

4.3.8.2 Proposition

Ne s'applique pas.

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

4.3.9.1 Proposition

Remarque : sans information sur le nombre de patients à prendre en charge et sur le parcours de soins proposé, éléments probablement indiqués dans le projet de création du réseau de compétences « douleur chronique », il est impossible à la CEM de faire une évaluation économique fiable.

4.3.10 La nomenclature de référence appliquée

4.3.10.1 Proposition

La nomenclature des actes et services des médecins version du 1er juillet 2022.

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

4.3.11.1 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 maximal 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 » (code C77) » est déjà inscrite à la Première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins, que la prise en charge d'une douleur aigue ou chronique est un droit du patient quel que soit le service et le type d'hospitalisation, que la bonne pratique en matière de prise en charge d'une douleur chronique se base sur un modèle biopsychosociale qui peut inclure l'intervention de plusieurs médecins de spécialités différentes et de plusieurs autres acteurs de santé non médecin, la CEM suggère d'inclure les deux nouveaux actes de consultation proposés par l'AMMD dans la nomenclature des médecins. Elle propose aussi de compléter cette demande par une 3ème consultation afin de pouvoir inclure le médecin traitant du patient dans la prise en charge holistique.
Par contre, à la date de la demande, elle ne peut soutenir l'inscription des actes avec les libellés tels que proposés par le demandeur. Elle suggère d'inscrire les nouvelles consultations avec les libellés suivants au Chapitre 10 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature. L'intitulé du chapitre 10 devra être modifié et deviendra alors: Chapitre 10 - Consultations dans le cadre de concertation pluridisciplinaire :

Position	Intitulé	Code	Coeff.
4)	Consultation du médecin spécialiste rapporteur de l'évaluation interdisciplinaire et de la réunion de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique	P4	35,00
5)	Consultation du médecin spécialiste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique	P5	26,00
6)	Consultation du médecin généraliste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique	P6	30,00

REMARQUES:

8) La réunion de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique est relative à la détermination de la stratégie thérapeutique à prendre telle que définie dans le réseau de compétences « douleur chronique », que le patient adhère ou non à ce réseau.

   Remarque : la CEM rappelle que la non-discrimination d'un patient est une règle essentielle de la déontologie médicale et qu'une prise en charge se fait selon des recommandations de bonne pratique médicale. Ainsi, la participation ou non du patient à un réseau de compétence ne devrait pas influencer sa prise en charge. Par contre un médecin ne peut pas être sanctionné financièrement parce que son patient refuse d'être inclus dans un réseau de compétence.

   D'autre part, la CEM propose de garder les deux notions : « évaluation interdisciplinaire » qui résume l'évaluation de chaque profession médicales et paramédicale de l'équipe prenant en charge un patient souffrant de douleurs chroniques et « la concertation pluridisciplinaire » qui regroupe différentes spécialités médicales.

9) La réunion de concertation pluridisciplinaire (codes P4 à P6) se fait dans le cadre du traitement de patients souffrant de douleurs évoluant depuis au moins 3 mois ou qui requièrent une nouvelle orientation de la stratégie thérapeutique, celle initialement mise en place ne permettant pas ou plus une sédation suffisante de la douleur.

10) L'ensemble des consultations P4-P6 de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique peut être mis en compte au maximum deux fois par patient pour un même type de douleur chronique.

11) La réunion de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique est coordonnée par le médecin spécialiste qui présente le dossier du patient, qui assure la rédaction des rapports de la réunion pluridisciplinaire et de la réunion interdisciplinaire telle que décrite dans la loi hospitalière du 8 mars 1998 et qui informe le patient du projet thérapeutique. Ces deux rapports font partie intégrante de la consultation P4.

12) Le nombre de médecins participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique ne peut ni être inférieur à trois ni être supérieur à six. Les médecins doivent être issus d'au moins deux spécialités médicales autre que celle de médecine générale.

13) Par dérogation à l'article 6 alinéa 1 de la nomenclature, le médecin qui doit se déplacer pour participer à la réunion de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique peut mettre en compte l'indemnité horo-kilométrique.

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

Organisation du système de soins :

- Carte sanitaire. Mise à jour 2021. Grand-Duché de Luxembourg Observatoire national de la santé.

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-10 CM	International classification of diseases 10th révision clinical modification
ICD-11	International classification of diseases 11th révision
Nomenclature	Nomenclature des actes et des services des médecins
RGD	Règlement grand-ducal

Annexes

- 1) Courrier électronique du 17 juin 2022 de la CN adressé à la CEM
- 2a) Lettre du 8 juin 2022 de l'AMMD adressée à la Présidente de la Commission de Nomenclature
- 2b) Demande standardisée 08/2022
- 3) Lettre du 5 octobre 2022 du Collège Médicale