



Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 28 avril 2015

Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 21 avril 2015
2. La prise en charge de la maladie douloureuse chronique dans le contexte du plan hospitalier et du plan cancer
 - Explications de Madame la Ministre de la Santé et échange de vues (Demande du groupe parlementaire déi gréng)

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Nancy Arendt, M. Gilles Baum remplaçant M. Gusty Graas, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Georges Engel, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, M. Alexander Kriebs, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, M. Edy Mertens

Mme Lydia Mutsch, Ministre de la Santé
Dr Elisabeth Heisbourg, Direction de la Santé
Dr Catherine Boisante, Centre hospitalier de Luxembourg

Mme Tania Sonnetti, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

*

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 21 avril 2015

Le projet de procès-verbal de la réunion du 21 avril 2015 est approuvé à l'unanimité des membres présents. Une représentante du groupe politique CSV tient à s'assurer qu'il a été tenu compte de sa remarque formulée au cours de la réunion précitée tirant l'attention du rapporteur du projet de loi 6578 portant création de la profession de psychothérapeute sur le fait qu'il y a lieu de remplacer les termes « *International Classification of Diseases* » par les termes « *International Classification of Diseases* » (page 14 du rapport).

2. La prise en charge de la maladie douloureuse chronique dans le contexte du plan hospitalier et du plan cancer

Suite aux mots d'introduction de la Présidente de la commission, la représentante du groupe politique déi Gréng présente la motivation de la demande de son groupe politique de mise à l'ordre du jour du point « *La prise en charge de la maladie douloureuse chronique dans le contexte du plan hospitalier et du plan cancer* » du 6 mars 2015.

Elle relève que le document qui sous-tend leur demande est un courrier du Cercle luxembourgeois d'algologie adressé à Madame la Ministre de la Santé et Monsieur le Ministre de la Sécurité Sociale suite aux différentes entrevues qui ont eu lieu dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique. Une copie est parvenue aux membres de la Commission de la Santé, de l'Egalité des Chances et des Sports le 5 mars 2015.

Parmi les questions soulevées dans le courrier précité, la représentante du groupe politique déi Gréng tient tout particulièrement à attirer l'attention sur les six questions suivantes:

- Les remboursements de traitements prescrits et prestés par les centres douleur nationales.
(En effet, il est prévu de limiter le remboursement aux personnes présentant des douleurs provenant de maladies cancéreuses et celles en situation de détresse exceptionnelle. Dans le courrier il est proposé d'étendre les propositions de prise en charge de la douleur chronique aux douleurs en général.)
- Les délais d'accès aux structures douleur.
(Le respect des délais d'accès tels que recommandés au niveau international devrait être une des priorités de la stratégie nationale de lutte contre la douleur. En effet, les principaux problèmes rencontrés sur le terrain à l'heure actuelle sont des délais d'attente excessifs pour un rendez-vous en consultation douleur ainsi qu'une dotation largement insuffisante voire inexistante de certaines structures. Par ailleurs, la situation actuelle au Luxembourg ne permet pas de prise en charge précoce des patients, étant donné que les délais d'accès au niveau des rares consultations douleur insuffisamment ou non financées, sont généralement de l'ordre de 4 à 6 mois et que les patients y sont orientés avec un retard considérable. Actuellement, il est impossible de recevoir un patient endéans les trois premiers mois d'évolution afin d'éviter la transformation de douleurs subaiguës en douleurs chroniques beaucoup plus difficiles et coûteuses à prendre en charge.)
- Le remboursement en cas de consultation d'un médecin dans un pays membre de l'UE (suite à la transposition de la directive 2011/24 en droit luxembourgeois).
(La représentante du groupe politique déi Gréng relève à cet égard qu'elle a reçu l'information que ces patients seraient remboursés selon des taux et tarifs plus élevés que ceux applicables au Luxembourg. Par ailleurs, certains traitements prestés dans un pays membre de l'UE seraient pris en charge, alors que les mêmes traitements prestés au Luxembourg ne seraient pas remboursés par la caisse compétente luxembourgeoise.)
- La mise en place d'un nombre suffisant de structures pour permettre une prise en charge correcte des patients cancéreux et non cancéreux hospitalisés ou ambulatoires endéans des délais raisonnables.
(La représentante du groupe politique déi Gréng estime qu'il y a lieu de se demander s'il n'est pas nécessaire de mettre en place plusieurs structures douleur chronique

sur le territoire (notamment quatre à travers le pays) et ce en vue d'une décentralisation afin d'assurer une prise en charge adéquate des patients.)

- Les formations des généralistes dans le domaine de la douleur chronique.
- L'adoption d'une nomenclature médicale et ce notamment dans le cadre du projet de révision de la nomenclature.

*

A titre liminaire, Madame la Ministre de la Santé présente deux de ses collaborateurs, à savoir le Dr Elisabeth Heisbourg, directrice faisant fonction de la direction de la Santé et le Dr Catherine Boisante, directrice médicale du Centre hospitalier de Luxembourg (ci-dessous « CHL ») et fondatrice du Centre de traitement de la douleur du CHL créé en 1993.

Tout d'abord, Madame la Ministre souligne les efforts de sensibilisation de l'Association luxembourgeoise des patients à douleur chronique (ci-dessous « ALPADOC ») en faveur d'une prise en charge qualitative de la douleur chronique qui permettent également de sensibiliser la société luxembourgeoise à la problématique de la douleur chronique, dont souffrent un grand nombre de personnes.

Elle partage également le point de vue de l'ALPADOC que l'offre d'une prise en charge qualitative doit être renforcée pour soulager les patients douloureux chroniques et diminuer les listes d'attente lors de cette prise en charge.

Madame la Ministre tient également à évoquer le travail important accompli par le Cercle luxembourgeois d'algologie, association œuvrant de façon méritoire depuis quelques années en faveur d'une meilleure prise en charge de la douleur chronique au Luxembourg. Elle estime qu'une telle prise en charge, pour être de qualité et être efficace, doit être organisée sous forme de service(s) hospitalier(s).

Ces services hospitaliers qui prendront en charge les patients atteints de douleur chronique devront être composés d'équipes pluridisciplinaires avec des médecins issus de plusieurs spécialités ayant chacun une formation spécifique en matière de douleur chronique. Les spécialités médicales qui pourront faire partie de cette équipe pluridisciplinaire sont notamment l'anesthésie, la neurologie ou neurochirurgie, la rééducation fonctionnelle et la psychiatrie. L'équipe du service devra être coordonnée par un médecin assurant la prise en charge de patients avec douleur chronique qui devrait avoir la qualification soit d'anesthésiste, soit de neurologue, de neurochirurgien ou de rééducateur. Les intervenants dans ce service devront travailler selon l'approche bio-psycho-sociale qui a fait ses preuves en matière de prise en charge de la douleur chronique, et de façon interdisciplinaire dans l'intérêt du patient.

Or, ceci ne peut fonctionner que si des professionnels de santé, dont notamment des infirmiers, des psychologues, des kinésithérapeutes et des assistants sociaux, formés pour la prise en charge de la douleur chronique, feront également partie de cette équipe multidisciplinaire.

Madame la Ministre relève dans ce contexte les objectifs principaux de cette équipe multidisciplinaire qui outre le diagnostic seront :

- L'amélioration fonctionnelle (fonctionnement physique, activités de la vie quotidienne, activités sociales, récréatives et professionnelles) ;
- l'amélioration de l'autogestion du problème de douleur chronique ;
- l'optimisation du traitement médicamenteux (adaptation, voire réduction) ;

- la réduction de recours aux soins de santé (par exemple réduction des procédures invasives des hospitalisations, du nombre de consultations).

Afin d'atteindre ces objectifs ce service devrait offrir et assurer :

- une approche éducative du patient concernant les mécanismes de la douleur notamment psychologiques, les comportements recommandés etc. ;
- une approche réadaptative dont notamment la réactivation physique, le renforcement musculaire, des étirements, un apprentissage de stratégies de gestion des activités (fractionnement) ;
- des traitements psychologiques qui incluent les thérapies cognitivo-comportementales, les techniques de gestion de stress, l'hypnose, la relaxation, la méditation, le biofeedback ainsi que la gestion des éventuelles comorbidités psychologiques ou psychiatriques.

Ces services hospitaliers devront mettre en place un dossier patient de soins partagé et transmettre lors de chaque prise en charge un rapport à médecin traitant du patient en utilisant des indicateurs ainsi que des outils de mesure validés, standardisés et concertés au niveau national.

Madame la Ministre souligne l'importance de l'échange d'information entre les médecins et ce notamment dans le cadre d'un patient en soins de longue durée.

Dans ce cadre elle propose à la commission de se pencher dans un proche avenir sur le projet « Dossier de Soins Partagé », un dossier électronique national d'échange et de partage de données de santé, entre et pour les professionnels de santé intervenant auprès du patient, afin de faciliter la communication entre eux et la continuité des soins. Elle informe la commission que ce projet serait bientôt prêt pour sa phase de préfiguration. Dans ce cadre, elle propose à la commission de visiter le 11 mai 2015 l'agence E-Santé.

Par ailleurs, chaque service devra également établir un rapport d'activité concertée au niveau national et devra travailler en réseau avec les intervenants pour la gestion de la douleur aiguë, les intervenants pour la douleur chronique d'autres établissements ainsi que les médecins lui transférant des patients ou lui demandant conseil.

Madame la Ministre souligne que ces services devront participer à la formation pour la prise en charge de la douleur au niveau local et national. Elle affirme que son Ministère soutiendra également la collaboration inter-établissement pour ce type de service hospitalier, notamment par l'intégration ou la participation (que ce soit sous forme de vacation ou autre) de médecins formés à la douleur de différents établissements. Ceci pourrait contribuer notamment à l'amélioration de la prise en charge de toutes les pathologies ainsi que l'offre des différentes modalités thérapeutiques en la matière.

Pour permettre la mise en place de tels services hospitaliers assurant une prise en charge de la douleur chronique, il y aura lieu de prévoir parallèlement une rémunération des prestations médicales tenant compte du temps nécessaire pour l'anamnèse, un examen clinique et le traitement de patients ayant souvent déjà un long parcours diagnostique et thérapeutique derrière eux. Une demande a été introduite auprès de la commission de nomenclature. Madame la Ministre précise dans ce cadre que ceci ne relève pas du Ministère de la Santé mais du Ministère de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, il est noté que les moyens nécessaires au bon fonctionnement des services hospitaliers correspondants définis seront à négocier avec la Caisse Nationale de Santé. Elle affirme encourager le Ministère de la Sécurité sociale afin de mener des négociations dans ce sens avec la CNS.

Dans le budget 2015, des subsides de l'ordre de 130.000 euros de la part de l'Etat (budget du Ministère de la Santé) ont été prévus pour la mise en place de projets-pilotes répondant à tous les critères décrits ci-dessus, ainsi que pour soutenir un projet pilote du CHL qui a déjà été lancé. Ce poste budgétaire a été introduit en attente de la mise en place d'un nouveau plan hospitalier, qui était encore en cours d'élaboration à ce moment-là.

Entre-temps, le projet précité a été finalisé et le Conseil d'Etat en est saisi à l'état actuel. Ce projet prévoit deux services pour le pays (un au CHL et un au Rehasenter en collaboration avec la Zithaklinik) prenant en charge des patients présentant un état de douleur chronique : un dans le secteur aigu et un au niveau du secteur de rééducation. Il s'agit notamment également de soutenir les efforts de l'ALPADOC et ceux du Cercle luxembourgeois d'algologie. Madame la Ministre souligne aussi l'importance qu'elle accorde à ce dossier et qu'elle estime qu'il y a un certain retard à rattraper dans ce dossier. La création de ces deux services permettrait également de placer les négociations susmentionnées avec la CNS à un autre niveau.

Elle précise que le seuil minimal d'activité d'un service douleur chronique est de 1000 patients par an dont au moins 330 nouveaux patients.

*

Le Dr Elisabeth Heisbourg procède dans un second temps à une présentation sur le sujet la « prise en charge de la douleur chronique », pour le détail de laquelle il y a lieu de se référer à la présentation powerpoint distribué aux membres de la commission séance tenante et annexée à la présente.

*

Dr Catherine Boisante fournit par la suite de plus amples informations quant à ses expériences sur le terrain :

Actuellement directrice médicale du Centre hospitalier (et davantage confrontée aux problèmes financiers du Centre hospitalier), elle a été, pendant de nombreuses années, un praticien médical et a essayé de mettre en place au Luxembourg la prise en charge de la douleur chronique.

Elle revient brièvement sur l'historique de ce qui a déjà été réalisé au Luxembourg par rapport à la prise en charge de la douleur chronique de façon générale :

Au cours de l'année 2000 des incitants qualité douleur ont été mis en place au niveau des hôpitaux (à noter qu'en l'occurrence, le Luxembourg a été extrêmement en avance) : une évaluation de la douleur et une amélioration très nette de la prise en charge de la douleur aiguë. Elle est d'avis que la prise en charge de la douleur aiguë dans nos établissements hospitaliers reste de qualité par rapport au niveau européen.

Le deuxième problème est celui de la prise en charge de la douleur chronique. Elle rappelle que la douleur chronique est une maladie de douleur dont souffre une partie de la population. Il ne faut pas faire la confusion entre des douleurs provoquées par une maladie, que tout spécialiste doit savoir et pouvoir traiter, et la douleur en tant que maladie à part entière, la douleur chronique, qui nécessite la prise en charge d'une biopsychosociale.

Au cours de l'année 2000, elle a lancé parallèlement à son activité d'anesthésie de façon intimiste une petite consultation de douleur chronique, qu'elle a développée au fur et à

mesure. Elle a particulièrement rencontré une grande difficulté : au Centre Hospitalier, il existe un système de solidarité médicale en vertu duquel un service, qui rencontre des difficultés financières, est « épaulé » par les autres services. Ceci a permis de mettre en place une petite structure de douleur chronique dans laquelle l'on parvient à accueillir environ 1100 patients par année et à effectuer en moyenne 3000 consultations avec un effectif médical de seulement 0,7% équivalent plein temps. L'oratrice précise ne pas pouvoir augmenter cet effectif pour des raisons budgétaires.

Un autre problème avancé est notamment celui du tarif du prix des actes. Elle illustre à cet égard qu'elle a touché comme anesthésiste 26,40 Euros pour une heure de consultation d'évaluation d'un patient douloureux chronique, ce qui est exactement le même tarif qu'elle a touché pour une consultation préanesthésique d'un patient, consultation qui prend néanmoins beaucoup moins de temps. Ceci constitue certainement également un frein.

Elle relève que si, en tant que directeur médical, elle pouvait certes augmenter les effectifs du service de douleur, mieux structurer le service et imposer aux médecins d'accueillir encore plus de patients, ces mesures se traduiraient par un déficit considérable du budget médical, une responsabilité qu'elle ne saurait pas prendre. D'où l'importance de trouver un modèle financier.

Elle donne à considérer qu'il ne faut pas perdre de vue que d'un côté il y a une activité directe auprès des patients (consultations), mais que d'un autre côté il y a également des activités indirectes (notamment l'évaluation du dossier ou encore l'éducation du patient). La prise en charge dans un centre de douleur chronique n'est pas adaptée à tout patient qui se présente audit centre. Il y a souvent une grande confusion au sein de la population concernant la prise en charge, d'où la nécessité d'éduquer les personnes afin qu'elles sachent qui pourra bénéficier d'une prise en charge de douleur chronique.

Quant aux problèmes économiques, elle cite l'exemple des Etats-Unis : les premières consultations de douleur chronique ont été payées par des assureurs aux Etats-Unis. En effet, en analysant les profils des patients, ils se sont rendu compte qu'en particulier les patients ayant subi plusieurs interventions au dos, devaient payer des factures médicales excessivement élevées. Ils en ont tiré la conclusion que la prise en charge médicale standard proposée aux patients n'est pas adaptée dans ces cas. Ainsi la première consultation de douleur a été subventionnée à Seattle.

*

De l'échange de vues qui s'ensuit il y a lieu de retenir succinctement que :

Plusieurs membres de la commission saluent l'approche de Madame la Ministre face aux efforts et mesures annoncés par elle.

A la question de savoir comment et avec quels moyens concrets, Madame la Ministre envisage de créer un système afin d'inciter une autre approche du sujet dans notre pays (le patient devant développer une autre relation face à la douleur (et ce notamment par le biais de formation et de l'éducation)), Madame la Ministre réplique que l'on est encore au début, elle souligne l'engagement des médecins s'engageant pour une prise en charge de la douleur chronique et affirme soutenir leurs efforts méritoires. Elle relève le manque d'efficacité d'une prise en charge standard des patients à douleur chronique et la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire. Madame la Ministre explique que la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire ne se limite pas uniquement au cas de patients de douleurs chroniques, mais s'impose également à d'autres pathologies comme les patients cancéreux. Il est illustré à cet égard qu'en Allemagne, il existe des cliniques spécialisées sur le diagnostic.

Concernant le concept de prise en charge sur deux niveaux, notamment par la mise en place d'une équipe mobile douleur par groupe hospitalier et par la création de structures multidisciplinaires tel que proposé dans le courrier précité du Cercle luxembourgeois d'algologie¹, Madame la Ministre, tout en renvoyant au projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national, rappelle que le plan prévoit deux services pour le pays : un dans le secteur aigu et un autre au niveau du secteur de rééducation.

Extrait du projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national :

Douleur chronique (2 services)

Il est prévu d'autoriser deux services de douleur chronique :

- 1 dans un Centre hospitalier
- 1 dans un établissement hospitalier spécialisé

Il n'est pas prévu de créer un centre de compétence «douleur chronique», ni un établissement hospitalier spécialisé uniquement dédié à la douleur chronique.

Concernant les questions relatives au plan national de cancer, Madame la Ministre indique qu'elle a proposé à Madame la Présidente de la commission de venir présenter ce plan à la commission dans les semaines à venir. Des plans d'actions ont été établis dans des groupes de travail avec tous les acteurs du terrain. Un de ces champs d'action est le champ d'action 615 « organiser la prise en charge de la douleur », certes axé principalement sur les patients cancéreux, mais dont les informations et résultats obtenus peuvent certainement aussi être utiles pour d'autres pathologies. Le but est de créer un service national de diagnostic et de traitement prenant en charge des patients de douleur chronique par une approche pluridisciplinaire, mais avec l'objectif de mettre en place dans chaque établissement hospitalier qui est autorisé à travailler dans le domaine de la cancérologie une structure délocalisée. Il est planifié d'assurer le suivi de la prise en charge du patient présentant une douleur chronique par le biais du dossier électronique du patient. Elle estime que la mise en œuvre de ces mesures/ actions prendra quelques mois. Le premier projet qui sera prochainement finalisé est celui du centre virtuel de cancérologie.

A noter que ce service précité travaille en réseau avec les médecins et les structures de soins extra hospitaliers et établit une convention avec tout établissement hospitalier ne disposant pas d'un service douleur chronique précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.

Madame la Ministre précise qu'en cas de besoin, la liste des médicaments antidouleur sera éventuellement révisée. Par ailleurs, il faut également rendre cette liste accessible au domaine extra hospitalier.

Il est souligné par un membre de la commission que si l'on parle de « droit » de soulagement de la souffrance des patients souffrant de douleur chronique, il faut également mettre en place les moyens nécessaires afin de pouvoir garantir adéquatement ce droit.

Concernant les questions relatives aux formations, Madame la Ministre explique que des formations seront offertes aux professionnels de la santé dans le domaine de la douleur chronique ainsi qu'aux médecins généralistes. En effet, il s'agit également de renforcer la position des médecins généralistes. A l'état actuel il y a une disproportion dans notre pays entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Elle espère recevoir des

¹ Il a été soulevé qu'une structuration à deux niveaux semble adaptée à la situation luxembourgeoise et aux impératifs du plan cancer :

niveau 1 : 1 antenne/équipe mobile douleur par groupe hospitalier ;
niveau 2 : création de structures multidisciplinaires.

propositions concrètes du groupe de travail, raison pour laquelle elle ne peut pas fournir davantage d'information sur les formations envisagées à l'état actuel.

Il est soulevé par un membre de la commission que l'on doit mettre davantage l'accent sur le volet anticipatif. En effet, il y a lieu d'agir au lieu d'attendre pour réagir (notamment par le biais de campagnes, de fascicules, de formations etc).

Pour ce qui est du volet de la sensibilisation, Madame la Ministre rappelle qu'il est prévu dans le projet de plan hospitalier d'autoriser deux services de douleur chronique. Elle estime qu'il s'agit d'un message fort en faveur d'une prise en charge qualitative de la douleur chronique, mais aussi en vue de sensibiliser le public. Dans ce contexte, il est également important de soutenir les efforts méritoires des professionnels s'engageant pour une prise en charge de la douleur chronique. Madame la Ministre souligne encore une fois les efforts de sensibilisation de l'ALPADOC et elle salue également le travail important accompli par le Cercle luxembourgeois d'algologie. Dans ce cadre, sont soulignées la volonté et l'importance de travailler ensemble avec ces deux associations qui doivent être incluses dans le projet. Il s'agit également d'éviter tout double emploi. Par ailleurs au niveau de la nomenclature, il est encore une fois soulevé qu'une demande a été introduite auprès de la commission de nomenclature. En attendant une nomenclature médicale adéquate pour cette offre, une aide financière budgétaire sera mise en place pour augmenter le nombre de consultations médicales au niveau du service de douleur chronique en activité.

A une question afférente, il est relevé que le recours à une consultation douleur chronique n'est pas nécessaire pour tout type de douleur et que la mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire n'est pas de nature à exclure un traitement standard pour un patient souffrant de douleur chronique.

Plusieurs membres de la commission insistent sur la nécessité et l'importance de la mise en place d'un dossier électronique du patient.

Un membre de la commission souligne que pour les patients douloureux chroniques, la prise en charge ne peut se limiter à une simple approche purement médicale, mais il est nécessaire de prendre en compte le patient dans sa globalité incluant notamment également l'aspect psychologique et social. La prise en charge globale doit se réaliser de façon multidisciplinaire et inclure différents acteurs.

Par ailleurs, la prise en charge des patients douloureux chroniques doit aussi s'intégrer dans une approche globale du patient. Ainsi, la communication et la coordination entre la structure douleur, le médecin traitant/généraliste/ référent et les divers prestataires de soins sont primordial.

Il est encore souligné qu'il est fondamental de limiter les délais d'attente de prise en charge.

Madame la Ministre partage le point de vue d'une approche globale. Elle cite à cet égard la définition des services « Douleur chronique », telle que prévue dans le projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national.

« Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients adultes présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Le service 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. Il offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins neuf demi-journées par semaine et tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières. Il travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extra hospitaliers et établit une convention avec tout établissement hospitalier ne disposant pas d'un service

douleur chronique précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients. Le seuil minimal d'activité d'un service douleur chronique est de 1000 patients annuels dont au moins 330 nouveaux patients. »

Elle constate que ces derniers temps une dynamique s'est développée non seulement au niveau national, mais aussi au niveau européen (« Health in All Policy»). Il s'agit notamment de promouvoir l'éducation des citoyens à la santé en matière de santé en général dans le contexte de la vie quotidienne (meilleure alimentation, activité physique etc). Madame la Ministre soulève à cet égard que l'exposition universelle de Milan 2015², qui se tiendra du 1er mai au 31 octobre 2015, a pour sujet « Nourrir la planète, énergie pour la vie ». Cette exposition a notamment pour but d'apporter son apport au débat et à l'éducation en matière d'alimentation, de nourriture et de ressources au niveau planétaire.

Madame la Ministre se félicite de la collaboration de son Ministère avec d'autres Ministères (le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, le ministère des Sports, le ministre de la Famille et de l'Intégration), avec les communes, ainsi que le programme « Gesond iessen Méi bewegen » dans ce domaine. Néanmoins il n'y a pas lieu d'oublier qu'il existe un bon nombre de pathologies qui ne sont pas liées à de mauvaises habitudes de vie (maladies dégénératives, maladies auto-immunes, rhumatisme, neuropathie, névralgie etc), même si un bon style de vie peut certainement améliorer la situation de santé de ces patients. L'approche de la médecine classique n'est pas toujours suffisante, preuve en est notamment le nombre croissant des professions de santé réglementées.

Par expérience professionnelle, un membre de la Commission peut confirmer que le seul fait déjà de remplir les formulaires pour un patient douloureux chronique est déjà une tâche très chronophage. Il insiste à cet égard sur l'importance d'un échange d'information sur les dossiers de patient entre les médecins (notamment généraliste et spécialiste), un point de vue partagé par plusieurs membres de la commission et par Madame la Ministre. Un centre de douleur n'est certainement pas suffisant pour pouvoir réduire le temps d'attente.

La nécessité d'un système pyramidal est soulevée et ce afin d'éviter un submergement des centres de douleur envisagés.

Madame la Ministre tient encore à souligner l'importance des conventions conclues entre les services spécialisés et les établissements qui n'ont pas de service de douleur chronique avec les modalités de prise en charge pour les patients. Elle n'exclut pas que le prochain plan hospitalier prévoira des centres de douleur pour chaque établissement. Elle souligne qu'une bonne collaboration entre les différents établissements est très importante.

² Pour plus d'information veuillez consulter le site Internet <http://www.expo2015.org/fr>

*

Les membres de la commission sont informés qu'une visite de l'Agence eSanté sera organisée lundi, le 11 mai 2015 à 14h00. Les membres de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale seront également invités à participer à cette visite.

Luxembourg, le 8 mai 2015

Le Secrétaire-administrateur,
Tania Sonnetti

La Présidente,
Cécile Hemmen

En annexe : présentation PowerPoint « Prise en charge de la douleur chronique »



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Prise en charge de la douleur chronique

Tout patient, qu'il souffre de douleur aiguë ou
chronique, a droit à être soulagé.

Projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national

Définitions des services: Douleur chronique

- Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients adultes présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Le service 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. Il offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins neuf demi-journées par semaine et tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières. Il travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extra-hospitaliers et établit une convention avec tout établissement hospitalier ne disposant pas d'un service douleur chronique précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients. Le seuil minimal d'activité d'un service douleur chronique est de 1000 patients annuels dont au moins 330 nouveaux patients.

- Le projet de plan prévoit deux services pour le pays: un dans le secteur aigu, un au niveau du secteur de rééducation.
- Des médecins externes à ces services peuvent coopérer à cette structure en y étant associés par des contrats de coopération.
- L'objectif de cette organisation est une offre structurée, efficace, identifiable pour le patient, dédiée à la pathologie douloureuse.
- Ainsi dans chaque service une équipe suffisamment étoffée de professionnels de santé peut offrir et garder une compétence optimale pour prendre en charge ces patients.
- Les spécialités médicales devant faire partie intégrante de l'équipe doivent avoir la compétence dans leur spécialité mais aussi une compétence ou une expérience prolongée des patients à douleurs chroniques.
- Organisation:
- L'équipe médicale comporte un à deux médecins-algologues permettant d'organiser une consultation douleur chronique pendant au moins neuf demi-journées de la semaine. S'y ajoutent les spécialités médicales : neurologue, rhumatologue, psychiatre, médecin-rééducateur, qui aident à la démarche diagnostique/évaluation du patient.
- Un dossier de pré-admission à remplir par le patient avant la première consultation permet une organisation efficiente.

- Le médecin-algologue accueillant le patient procède à l'anamnèse, à l'analyse du parcours antérieur et du dossier du patient , à l'examen clinique du patient et indique quelle évaluation supplémentaire est nécessaire, organisant les suites.
- Une réunion de concertation pluridisciplinaire associant le/les autres spécialistes et professionnels de santé ayant participé à l'évaluation, permet d'organiser le traitement du patient.
- Le programme organisé par un service douleur chronique nécessite aussi des intervenants non-médicaux également formés à la prise en charge de la douleur chronique et travaillant à cette tâche pour un total d'au moins trois équivalents temps plein. Il s'agira d'infirmier(s), de psychologue(s), de kinésithérapeute et d'assistant social.

- Besoins en consultation douleur chronique:

Le recours à une telle consultation n'est pas nécessaire pour toute douleur; on peut schématiser les indications :

- Demande d'un avis spécialisé dans le cadre d'une prise en charge de spécialité
- Nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire
- Manque d'efficacité d'une prise en charge standard

Les pathologies répertoriées dans les consultations douleur chronique sont de façon plus détaillée:

- 1. Les douleurs crânio-faciales : céphalées, migraines, névralgies trijumeau
- 2. Les douleurs rachidiennes
 - Cervicales
 - Lombaires
 - Pathologies dégénératives
 - Pathologies post-traumatiques
 - Les « Fail Back Surgery Syndrom »
- 3. Les pathologies rhumatismales
 - Polyarthrite
 - Atteintes dégénératives
- 4. Les douleurs neurogènes et neuropathiques
 - Neuropathies toxiques (post chimio, post Rx thérapeutique)
 - Neuropathies diabétiques
 - Maladies auto-immunes
 - Les douleurs fantômes
 - Les douleurs post-infection zostérienne
 - Les douleurs secondaires à des chirurgies (thoracotomie, néphrectomie...)
 - Les névralgies essentielles.
- 5. Le syndrome régional complexe
 - Algodystrophie...
- 6. Les douleurs myofasciales
 - Les fibromyalgies
 - Les syndromes polyalgiques diffus
- 7. Les douleurs « psychogènes »

Cancer et douleurs

Trois cas de figure différents existent:

- A. Les médecins s'occupant des patients cancéreux sont appelés à prescrire régulièrement des antalgiques adaptés chez leurs patients.
- B. Un patient cancéreux peut en cas de douleur chronique, avoir besoin d'un service douleur chronique.

On peut estimer le nombre de patients à 10-15 % des patients cancéreux.

Exemples de situations:

- Neuropathie post-chimiothérapie
 - Douleur post-opératoire après chirurgie délabrante
 - Séquelles douloureuses de la radiothérapie
 - Douleur en rapport avec le curage ganglionnaire dans le cadre d'une mastectomie
- C. La prise en charge palliative assurée par un médecin extrahospitalier ou par un médecin d'un service de soins palliatifs, englobe souvent un traitement antalgique plus ou moins fort.

Actions du Ministère de la Santé:

- Proposer une structuration sous forme de services douleur chronique avec dotation suffisante en personnel spécialisé: fait au niveau du projet de RGD plan hospitalier
- En attendant une nomenclature médicale adéquate pour cette offre: organisation d'une aide financière budgétaire pour augmenter le nombre de consultations médicales au niveau du service douleur chronique en activité: fait
- Soutenir les efforts méritoires des professionnels s'engageant pour une prise en charge de la douleur chronique: c'est notre but poursuivi ces dernières années.

Je vous remercie de votre attention