

Luxembourg, le 8 mars 2024

Compte-Rendu de la réunion du CGI du 8 mars 2024

Membres :

Dr Jean-Claude Schmit	Président du CGI – Directeur de la santé
(s) Dr Martine Goergen	Direction des Hôpitaux
Dr Marc Berna	Direction des Hôpitaux
Dr Salima Aarab	Conseils médicaux
Dr Monika Glass	Conseils médicaux
Mme Catherine Molitor	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)
(s) M. Sergio da Conceição	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)
M. Laurent Mertz	Ministère qui a dans ses attributions la Santé (MS)
M. Jean-Paul Freichel	Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux
Mme Nathalie Weber	Ministère qui a dans ses attributions la Sécurité Sociale (MSS)
Dr Frank Glod	Etablissements de recherche
José Balanzategui	Organisme gestionnaire de l'assurance maladie
Mme Éveline Santos	Secrétaire du CGI – Direction de la santé
(s) suppléant	

Invités: Dr Engy Ali (Direction de la santé, DISA), Dr Marco Hirsch, Mme Géraldine Hélène Riquet (HRS), Dr Frédéric Dadoun (CHL), Mme Sylvie Paquet, Mr Patrice Garcia (Association Luxembourgeoise du Diabète, ALD)

Lieu : Direction de la santé, 20 rue de Bitbourg, Luxembourg, ou via Webex

Horaire : 9h00-11h00

Ordre du jour :

1. Approbation de l'ordre du jour
2. Approbation des comptes-rendus du 5 octobre 2023 (revalidation) et du 7 décembre 2023
3. Procédures Internes CGI et retour sur le projet d'avis RdC « Diabète et obésité morbide de l'enfant »
4. État des lieux : Réseaux de compétences
5. Discussion avis du CGI sur le réseau de compétences diabète et obésité morbide de l'adulte
6. Divers : Renouvellement des nominations CGI

1. Approbation de l'ordre du jour

L'ordre du jour est approuvé sans remarques supplémentaires.

2. Approbation des comptes-rendus du 5 octobre 2023 (revalidation) et du 7 décembre 2023

Comité de gestion interhospitalière (CGI)

Le représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie fait remarquer que le compte-rendu du 5 octobre 2023 a déjà été validé et qu'il est difficile de se rappeler du déroulement exact à postériori.

La secrétaire du CGI commente que les ajouts proposés par un représentant des hôpitaux visaient principalement à s'aligner avec le projet d'avis du réseau de compétences « Diabète et obésité morbide de l'enfant ». Au vu des commentaires et étant donné que le sujet a été rediscuté à la dernière réunion CGI (7 décembre 2023), le président du CGI conclue qu'aucune adaptation ne sera apportée au compte-rendu du 5 octobre 2023.

Le compte-rendu de la réunion du 7 décembre 2023 est approuvé sans modifications.

3. Procédures Internes CGI et retour sur le projet d'avis RdC « Diabète et obésité morbide de l'enfant »

La secrétaire du CGI présente les missions du CGI tels qu'indiquées dans l'article 28 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Le président du CGI fait remarquer qu'il n'y a pas que les réseaux de compétences qui sont visés dans les missions mais aussi les services nationaux. Ainsi, ce sujet devra être abordé au cours des prochaines séances du CGI.

Les modalités de validation des avis du CGI sont mises en avant : selon l'article 28 (4) de ladite loi « Le projet de réseau de compétences ne peut être soumis au ministre que si au moins la moitié des membres du CGI visé au paragraphe 5 donnent un avis favorable. ». L'article 28 (5) quant à lui, énumère la composition du comité.

Le président du CGI conclue que l'unanimité n'est pas requise. Ainsi, il est préférable de trouver un commun accord entre tous les représentants du CGI, tout en sachant que le recours au vote est possible.

Après cette introduction, le président du CGI aborde le projet d'avis relatif au réseau de compétences (RdC) « Diabète et obésité morbide de l'enfant » qui avait été rediscuté lors de la dernière réunion du CGI en date du 7 décembre 2023. Il est noté que des adaptations ont été apportées par certains membres en amont de la réunion (notamment au niveau de la terminologie « obésité morbide »). Le président du CGI demande l'avis des membres quant aux changements proposés.

Le représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie indique qu'il ne s'oppose pas sur le fond du dossier, mais simplement sur la procédure. Il soulève la question de la conformité avec la loi et rajoute que, selon l'analyse réalisée par ProxiCare en collaboration avec la Direction de la santé, cela ne semble pas être le cas. Il expose la problématique en citant une ligne de l'analyse : « *Les critères d'inclusion prévus dans le dossier ne reprennent pas le champ prévu par la loi (obésité morbide)* ».

Le Dr Engy Ali de la Direction de la santé (DISA) explique qu'il s'agit de l'interprétation de ProxiCare par rapport à l'obésité morbide et que cette notion n'a plus cours, encore plus pour les enfants. Le porteur du projet propose de remplacer ce terme par « obésité avec morbidité ». Plusieurs références scientifiques sont exposées à l'appui de cette proposition.

Le représentant du MS prend la parole et remarque que ce sujet de conformité par rapport à la loi avait déjà été débattu lors de la dernière réunion du CGI. Il admet que la terminologie diffère, d'où la nécessité

Comité de gestion interhospitalière (CGI)

d'adapter la loi. Entre temps, le projet d'avis a été adapté et, d'un point de vue juridique, ces adaptations sont adéquates. En effet, il est clairement indiqué que la terminologie n'est pas adaptée, ce qui fait que le projet dépasse le périmètre de la loi hospitalière. Néanmoins, l'interprétation scientifique de la loi en lien avec les évolutions scientifiques (inclus dans le projet d'avis via les recommandations du Conseil scientifique et de l'OMS) permet de justifier une interprétation dynamique, correcte et légitime. Dès lors, on peut conclure que le projet est en ligne avec l'esprit de ladite loi. Du point de vue juridique, le présent projet d'avis est correct et acceptable, permettant au réseau de fonctionner convenablement.

Suite à ces explications, le représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie retire son opposition.

En l'absence de contestation ou commentaire supplémentaire, le président du CGI conclut que l'avis est approuvé avec les adaptations apportées.

4. Etat des lieux : Réseaux de compétences

Dr Ali de la DiSA présente un état des lieux des RdC :

- **Projets pas encore déposés** : AVC, cancers intégrant le service de radiothérapie (x2), affections rachidiennes à traitement chirurgical, maladies psychosomatiques
→ les guidelines sur la construction d'un RdC sont disponibles.
- **Projets déposés, mais pas encore examinés par le CGI** : Diabète et obésité morbide de l'adulte
→ l'analyse est finalisée et le projet sera présenté ce jour au CGI.
- **Projets avisés par le CGI** : Diabète et obésité morbide de l'enfant
- **Réseaux autorisés** : Douleur chronique, Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant et Maladies neuro-dégénératives (dénommé ParkinsonNet)

→ RdC en phase d'amorçage

→ volet budgétaire des réseaux autorisés:

RdC maladies neurodégénératives (ParkinsonNet):

- Réunions de négociation budgétaire (DiSA et la CNS): décembre 2023 et janvier 2024
- Proposition budgétaire pour l'exercice 2024
- Une revue du budget selon les besoins du réseau est envisageable pour 2025 et 2026

RdC en Immuno-Rhumatologie de l'Adulte et de l'Enfant (RCIRAE):

- Négociation budgétaire : 1^{ère} réunion le 17 janvier 2024. 2^{ème} réunion (avec une proposition) prévue pour le 18 mars 2024.

RdC « Douleur Chronique »:

- Réunion avec la CNS et la DiSA pour éclaircir les différents enjeux de la demande budgétaire a eu lieu en janvier 2024

→ volet IT des réseaux autorisés:

Une coordination nationale pour l'ensemble des RdC est nécessaire. Suite aux discussions avec les divers acteurs, il a été proposé d'utiliser le DSP comme solution intermédiaire pour démarrer les réseaux. La mise en place d'un groupe de travail « Taskforce » est en cours (groupe composé d'experts IT de chaque hôpital, et d'expert d'eSanté, DiSA, Université du Luxembourg (Dr Klucken), LIH (Dr Funfgeld), et les coordinateurs des RdC Immuno-Rhumato et ParkinsonNet).

Comité de gestion interhospitalière (CGI)

En ce qui concerne les « Guidelines relatives à la construction de réseaux de compétences » présenté au CGI le 7 décembre 2023, des changements minimes ont été proposés par les membres et il est ainsi validé pour publication.

Dr Ali évoque l'évaluation des réseaux. Il s'agit d'un élément essentiel dans l'adaptation future des réseaux permettant d'évaluer la mise en place du réseau au regard des objectifs prévus, des impacts attendus, et fournira après 5 ans une analyse médico-économique. Un protocole d'évaluation sera établi.

Le commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux intervient et recommande d'inclure un représentant du ministère de la santé et de la sécurité sociale du département digitalisation dans la Taskforce IT. Au niveau des moyens budgétaires, il constate qu'il serait pertinent d'avoir un retour structuré des RdC déjà en place afin d'avoir une vue globale sur les financements et déterminer les dispositions à adapter pour couvrir leurs besoins restants. Enfin, il demande des clarifications sur la temporalité du dispositif d'évaluation des RdC.

La méthodologie du dispositif d'évaluation est exposée par le Dr Ali. Concrètement, il y a une première évaluation intermédiaire après 2 ans (qui fournira une idée sur la mise en place) puis une évaluation du projet après 5 ans. L'analyse de l'aspect médico-économique sera difficile après 2 ans, mais faisable à priori après 5 ans.

Un représentant de la direction des hôpitaux s'interroge sur le volet IT et la collecte des données.

Le Dr Ali explique que l'idée est d'utiliser le DSP au sein des RdC, mais insiste sur le fait que des modifications devront être apportées au DSP pour l'utiliser efficacement entre les différents acteurs de soins.

Le président du CGI précise que le DSP permettra la communication entre les acteurs pour garantir la continuité des soins. Néanmoins, dans l'état actuel, le DSP n'est pas adapté à l'analyse des données dans le cadre de l'utilisation secondaire des données (ex. analyse qualité).

Le Dr Ali rajoute que la Taskforce est un groupe de réflexion qui travaillera sur ces éléments.

Le commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux émet des doutes quant au timing du volet IT. Il insiste sur le besoin d'un outil de communication et de documentation de la prise en charge transversale dans le réseau afin de garantir le bon fonctionnement du RdC. Dans ce contexte, le commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux demande si le consultant ProxiCare a documenté dans son analyse le périmètre d'une solution IT et quelles sont les données/indicateurs qui doivent être échangées entre les différents acteurs.

Le Dr Ali répond que cette analyse ne faisait pas parti des missions du consultant. Lors de l'élaboration du protocole d'évaluation, les différents indicateurs pertinents à inclure dans chaque RdC seront discutés.

Comité de gestion interhospitalière (CGI)

Le commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux réitère la nécessité de trouver une solution plus rapide et suggère de mandater le consultant pour constituer un cahier des charges en matière de dossier patient. Il estime qu'il faut clarifier les besoins IT et connaître les besoins réels du terrain.

Le président du CGI rappelle que le Dr Klucken avait présenté une proposition de « Patient (& Data) Management Platform » en octobre 2023 au CGI. Sa proposition reposait sur une réflexion conduite conjointement avec les RdC Immuno-Rhumato et ParkinsonNet afin de développer un outil commun à tous les RdC. Néanmoins, le financement était un obstacle majeur. Par conséquent, si les fonds sont mis à disposition, il serait possible d'avancer rapidement.

Le commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux propose de thématiser ce point au niveau ministériel.

Le représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie rajoute qu'il faut définir les besoins et les éléments à mettre en place pour répondre à ces besoins.

En parallèle, le commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux questionne l'utilité du DSP en tant que meilleur outil.

Le président du CGI récapitule que suite à la présentation du Dr Klucken, il y a eu d'autres discussions entre les acteurs du terrain et il avait été convenu qu'en l'absence de développement d'un outil adapté, le DSP pourrait être utilisé afin de satisfaire certains besoins. Le DSP n'est pas considéré comme le meilleur outil.

Le représentant de la direction des hôpitaux acquiesce l'utilité du DSP en matière de communication. Cependant, une solution doit être trouvée pour l'évaluation des patients.

L'implication du case manager dans le recueil de données au sein du réseau est soulignée par Dr Ali.

Le président du CGI fait remarquer que le groupe IT (Taskforce) doit impérativement se rassembler bientôt pour discuter des points susmentionnés. La Taskforce devra se positionner clairement avec des éléments faisables et les délais à prévoir. Ensuite, comme évoqué par le commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux, il sera utile de thématiser ce sujet avec le ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale.

Dans un deuxième temps, l'état d'avancement du réseau de compétences en Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (RCIRAE) est présenté par le Dr Marco Hirsch (porteur du projet RCIRAE et Médecin Coordinateur du réseau), et Mme Géraldine Riquet (coordinatrice administrative et financière du réseau) des Hôpitaux Robert Schuman.

Dr Hirsch récapitule la chronologie des événements importants (depuis la soumission du projet en 2019, l'autorisation d'exploitation en 2023 et la constitution des Comité de gestion et du Conseil Scientifique en 2023, jusqu'aux réunions budgétaires en 2024). Il met l'accent sur le fait que 80% des rhumatologues du pays sont inclus dans le réseau et participent activement.

Les 4 centres hospitaliers du Luxembourg sont impliqués dans le réseau (avec les HRS comme hôpital coordinateur). Cette représentativité s'illustre aussi à travers le Conseil scientifique et le Comité de gestion. Les patients sont aussi représentés via des associations de patients enfants et adultes. La

Comité de gestion interhospitalière (CGI)

présence d'institutions publiques du domaine de la santé ainsi que la connexion aux réseaux universitaires constituent un autre atout du RCIRAE. La cellule de coordination et le bureau de coordination assurent le fonctionnement journalier.

Au niveau du Conseil scientifique du RCIRAE, un travail conséquent a été mené sur les formations des professionnels de santé pour garantir un niveau scientifique soutenu (similaires aux systèmes mis en place en France et en Belgique). Une éventuelle certification en rhumatologie est envisagée afin de conserver l'intérêt des participants et de garantir la qualité de la formation. Le parcours patient (prise en charge et accompagnement) a aussi été mis en place. Les données structurées à saisir sont un point essentiel à définir.

Le Comité de gestion sera responsable pour l'organisation et la mise en pratique des propositions du Conseil scientifique. Une communication en interne pour les professionnels de la santé sera réalisée pour faire connaître le réseau. La communication vers le grand public se fera lorsque la mise en place de toute la structure RCIRAE sera finalisée. Le porteur du projet conclut que le réseau est sur le « *starting block* » en attendant le démarrage.

Le président du CGI remercie les représentants des HRS et demande des informations supplémentaires par rapport au volet extrahospitalier puisqu'il s'agit d'un élément prioritaire de l'Accord de Coalition 2023-2028. Enfin, il questionne la relation avec les médecins traitants et médecins généralistes.

Le porteur du projet explique que le réseau est ouvert à tous les rhumatologues du pays (affiliés ou non à un hôpital). Le volet formation continue proposé par le réseau est un attrait pour tous les professionnels, dont les cabinets médicaux. Au niveau de la collaboration avec les soins primaires (médecine générale et soins à domicile), la communication et l'échange d'informations sur les patients sont primordiales. Il est prévu la constitution du dossier et d'un rapport médical disponible en temps réel. En attendant la mise en place d'un dossier informatisé accessible à tous les professionnels de santé au niveau national, l'hôpital coordinateur est en train de mettre en place une solution intermédiaire via une base de données accessible aux professionnels de santé par l'intermédiaire des HRS. Quand une structure nationale sera mise en place, les données pourront être transmises. Une plateforme d'échange sera créée et accessible aussi pour les soignants et les médecins en extrahospitalier.

Le président du CGI rebondit sur le sujet de la digitalisation et demande si sa solution intermédiaire d'une base de données est en lien avec la proposition du Dr Klucken ou s'il s'agit d'un autre projet. A noter que l'option base de données comprend deux aspects : (1) l'échange des données entre les soignants, et (2) utilisation secondaire des données pour faire des statistiques, évaluations qualité, etc.

Le porteur du projet confirme qu'il y a eu des échanges avec le RdC ParkinsonNet. Il y a actuellement un regroupement des activités spécifiques afin de créer une plateforme d'échange (présentée par le Dr Klucken). Entretemps, les HRS disposent d'un logiciel ORBIS Rhuma, qui permet de saisir les informations nécessaires pour une saisie diagnostique, thérapeutique et qualitative. Il s'agit d'un modèle qui peut être utilisé de façon centrale avant l'exportation des données par la suite.

Un représentant de la direction des hôpitaux évoque la possibilité d'utiliser très prochainement une plateforme d'échanges contenant des données structurées du réseau et qui serait gérée par le patient. Donc, cette plateforme serait contrôlée par le patient qui pourrait donner l'accès aux professionnels de

Comité de gestion interhospitalière (CGI)

santé extrahospitaliers avec la possibilité de compléter le dossier si nécessaire. Le cadre RDPG serait ainsi assuré et il serait possible d'utiliser cette plateforme dans un premier temps.

Le président du CGI remercie les coordinateurs du projet RCIRAE pour cet état des lieux.

5. Discussion avis du CGI sur le réseau de compétences diabète et obésité morbide de l'adulte

Le Dr Ali introduit le Dr Dadoun, médecin porteur du projet RdC Diabète et obésité morbide de l'adulte. Sa présentation sera suivie de l'intervention de l'association luxembourgeoise du diabète (ALD) et de l'association de patients. L'association APPOL a été conviée pour le volet obésité, mais elle n'a pas pu participer à la réunion en raison de restructurations internes.

Dr Dadoun explique que le réseau cible deux pathologies chroniques avec une prévalence qui ne cesse d'augmenter. Il n'y a pas de statistiques précises pour le pays (environ 16% de la population adulte est atteinte d'obésité et 5-6% présente un diabète). Les pathologies sont complexes et multiformes entraînant des complications invalidantes et une surmortalité notable. La charge économique de ces pathologies est considérable. Ces pathologies sont une priorité de santé publique pour l'OMS et il est demandé aux états d'organiser la prise en charge de ces pathologies de façon structurée.

Il s'agit d'une prise en charge complexe, multidisciplinaire et centrée sur le patient. Bien que la prise en charge soit essentiellement ambulatoire, les ressources spécifiques actuelles sont très limitées, voire mal utilisées. Il y a des inégalités majeures au niveau de la prise en charge (hétérogénéité des pratiques) et les parcours de soins sont mal structurés.

Les patients ciblés par le RdC sont les suivants :

- Diabète : Priorisation initiale des patients justifiant le recours au spécialiste et/ou aux cliniques du diabète hospitalières (diabète de type 1, diabète de type 2 précoce (avant 50 ans) / survenue d'une grossesse, déséquilibre métabolique important et persistant et apparition d'une complication sévère du diabète).
- Obésité: Patients présentant une obésité selon la redéfinition de l'OMS ($IMC/BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$, ainsi que $IMC/BMI \geq 35$ et $<40 \text{ kg/m}^2$ en priorité avec comorbidités (Edmonton 2,3,4)).

Il y a environ 28 000 cas de diabète au Luxembourg (avec 300 nouveaux cas par an) et environ 22 000 personnes obèses.

Le porteur du projet apporte des précisions quant à l'aspect organisationnel (points relevés lors de l'analyse du dossier) et souligne l'importance des soins ambulatoires de proximité puisqu'il s'agit fréquemment de patients âgés, invalides ou présentant des plaies. Il est essentiel de trouver des sites d'intervention pluriprofessionnelle. L'accroissement des ressources humaines est indispensable, notamment en matière d'éducation thérapeutique et à la santé, de case management et des renforts au niveau des cliniques hospitalières (manque d'effectif en diététique, psychologie, psychiatrie et infirmiers). Les parcours de soins sont clairement définis et le recours aux réunions de concertation pluridisciplinaires est réservé aux cas complexes.

La mise en place d'un dossier partagé (ex. DSP) permettrait d'améliorer la communication entre les professionnels de santé.

Pour la gouvernance, il y aura un Comité de gestion unique diabète et obésité et un Comité scientifique unique diabète et obésité. Un des aspects essentiels est le recours optimisé aux médecins généralistes qui restent en 1^{ère} ligne, tandis que le spécialiste restera en 2^e ligne.

Comité de gestion interhospitalière (CGI)

Les objectifs du RdC sont ambitieux mais correspondent aux guidelines internationales et aux modèles de prises en charge appliqués dans de nombreux pays. Il est prévu une année de mise en place pendant laquelle il ne sera pas forcément possible d'inclure de nouveaux patients. Puis, il y aura une montée en puissance progressive du nombre de patients (selon le nombre de médecins généralistes effectivement impliqués et les moyens alloués). Globalement, ce réseau constitue une plus-value pour le patient (en termes de qualité, accessibilité, équité), les professionnels de santé (meilleure répartition des rôles et formations) et les tutelles (meilleure accessibilité à des données épidémiologiques clés et une visibilité des coûts et de la planification).

Le président du CGI remercie le porteur du projet pour la présentation détaillée et passe la parole à la représentante de l'ALD. Cette dernière met en avant l'importance du développement de ce réseau de compétences. La maison du diabète est très motivée pour participer à cette structure de soins. Travaillant sur le terrain depuis presque 30 ans, la représentante connaît la difficulté de créer un réseau coordonné. Les discussions sur la création d'un réseau diabète ont été entamées il y a de nombreuses années. La représentante remarque qu'il n'y a toujours pas de dossier de patient partagé, or cet outil est essentiel pour pouvoir travailler en collaboration plus étroite avec les acteurs du terrain. Par ailleurs, elle a constaté une forte augmentation du nombre de diététiciennes au Luxembourg suite à la prise en charge des ordonnances par la CNS. Dans ce contexte, elle regrette la grande hétérogénéité au niveau des pratiques de ces nouveaux professionnels de santé. En conclusion, la création de ce réseau est très attendue car il permettra aussi d'harmoniser les diverses pratiques.

Un patient atteint de diabète et œuvrant aussi à l'ALD témoigne de sa surprise de voir qu'il y a énormément de personnes sans suivi. Il constate qu'il a la chance d'avoir un cardiologue, urologue, diabétologue, ORL,... qui communiquent entre eux sur son dossier. Ainsi, il est étonné qu'il n'y ait pas cette opportunité pour tous et met en avant l'importance du réseau de compétences.

Le président du CGI remercie les représentants de l'association pour leurs témoignages.

Un représentant du CSCPS questionne les pratiques des diététiciennes, notamment l'implication du M3S dans la procédure de vérification.

Le président du CGI rétorque que le ministère vérifie les qualifications (diplômes officiellement reconnus), mais pas les compétences et les pratiques des professionnels.

Le porteur du projet rajoute qu'il y a beaucoup de dérives au niveau des disciplines de la diététique et de la nutrition, d'où l'importance des formations et la mise en évidence des professionnels de confiance.

La synthèse de l'analyse du RdC « diabète et obésité morbide de l'adulte » réalisée par la consultance ProxiCare est présentée par le Dr Ali. Les principales caractéristiques du RdC sont récapitulées :

- Hôpital Coordinateur : CHL
- Hôpitaux participants : CHL – HRS – CHEM - CHdN
- Médecin porteur : Dr Dadoun (endocrinologue)

Le dossier a été évalué selon les trois axes de la grille d'analyse des réseaux. Les éléments suivants ont été mis en avant :

Comité de gestion interhospitalière (CGI)

- la **complétude** au regard des éléments demandés par la loi → les dossiers relatifs aux deux volets (diabète et obésité) sont complets mais certaines précisions doivent être apportées (notamment au niveau de la coordination des parcours). Il sera mis en place une gouvernance et équipe d'animation unique commune aux deux volets. Les principaux aspects restant à stabiliser sont les indicateurs utilisés pour l'évaluation et le monitoring du RdC (travail à réaliser par le comité de gestion et le conseil scientifique) ainsi que le dimensionnement complet des ressources et le budget final.
- la **pertinence/cohérence** au regard des enjeux poursuivis → le dossier répond aux objectifs d'amélioration suivants :
 - accès aux soins pour le diabète comprend le dépistage, la prise en charge précoce et l'adressage des patients par les médecins de ville. Pour l'obésité, il y a une offre de programmes de proximité avec une activité physique adaptée ; création d'un 4e lieu pour la prise en charge de l'obésité (au CHdN); la mobilisation du Rehazenter et Mondorf pour renforcer le parcours.
 - Coordination assurée par un case manager (à noter que le profil de l'IPA, infirmier en pratiques avancées, spécialisé en diabète doit être retravaillé). L'utilisation du DSP est proposé comme solution intermédiaire et immédiate.
 - qualité de la prise en charge pour le volet diabète et obésité en favorisant le développement de bonnes pratiques et la formation continue des médecins (inclusion des médecins généralistes dans ce type de formation).
 - Complémentarité pour le volet diabète : la prise en charge des patients « non complexes » sera assurée par les médecins généralistes, en revanche les cas complexes seront pris en charge dans les centres hospitaliers. La transition du RdC enfant au réseau adulte est aussi améliorée. Dans le volet obésité, le rôle des 4 centres hospitaliers, ainsi que des médecins généralistes est clairement décrit.
 - efficacité de la prise en charge par un renforcement de la complémentarité des acteurs. Un point d'attention est relevé pour le volet obésité en matière de critères d'inclusion. En effet, la loi utilise une ancienne terminologie qui n'est plus utilisée. Le BMI seul ne reflète pas réellement la sévérité. Cette pathologie est plus complexe nécessitant de prendre en compte le retentissement de la pathologie. Ainsi, les patients ciblés par le réseau sont les patients atteints d'obésité sévère (BMI > 35) ainsi que les patients atteints d'obésité modérée (BMI > 30) avec des retentissements cliniques et/ou psychologiques élevés (2, 3 ou 4 sur l'échelle d'Edmonton). Ces critères de détermination d'obésité ont été décrits dans la publication du conseil scientifique du domaine de la santé (CS) en 2023 et reflètent les connaissances scientifiques actuelles.
- la **faisabilité** du projet → Les Centres de Soins Pluriprofessionnels (CSPP) seront importants pour les volets diabète et obésité. Leur création nécessite plusieurs prérequis (dont un statut juridique et un modèle économique). Les CSPP peuvent être considérés comme un projet à part entière et pourront être développés en parallèle de la mise en place du réseau de compétences.

Le président du CGI revient sur les deux points évoqués en réunion, à savoir l'implication du secteur extrahospitalier dans les réseaux de compétences. Il constate que cet aspect est d'autant plus important pour le diabète. Pour clarification, il demande s'il y a eu des discussions avec le cercle des médecins généralistes. Le porteur du projet acquiesce en indiquant qu'il y a eu des discussions avec tous les

Comité de gestion interhospitalière (CGI)

Intervenants cités au cours de la présentation. Ils sont volontaires pour participer sur un mode conditionnel. En effet, les professionnels attendent une plus-value (notamment du support de proximité, d'où l'implication des case managers dans la saisie d'indicateurs, l'éducation thérapeutique, ...). Dr Dadoun estime que les professionnels du secteur extrahospitalier seront très participatifs si cela est avantageux pour leur patientèle.

Le président du CGI met en avant la prise en charge des patients en extrahospitalier et le transfert, si nécessaire, vers d'autres professionnels de santé avec les compétences requises. En effet, certaines activités des spécialistes peuvent être reprises par les médecins généralistes en cabinet (ex. screening en cabinet, puis, le cas échéant, référer les patients vers des spécialistes pour une prise en charge ciblée). Le point de la digitalisation est souligné. Le président constate qu'une réflexion intense s'impose. Ce point est d'autant plus complexe qu'il faut aussi prendre en compte l'aspect sécurité IT dans le secteur extrahospitalier.

Un représentant de la direction des hôpitaux fait remarquer qu'il existe plusieurs pistes IT différentes et cite des fichiers spécifiques pour le diabète.

Un représentant du CSCPS soulève la question des formations des IPA. Dr Dadoun explique que le projet a été écrit en concertation avec les IPA au Luxembourg. Lors du recrutement, il sera mis l'accent sur une forte expérience et une expertise en diabétologie, coordination et éducation thérapeutique.

Un représentant des conseils médicaux rappelle la problématique de la terminologie. Le porteur du projet rétorque que les termes sont redondants et cette terminologie n'est plus d'actualité.

Le manque en psychologues et psychiatres est mis en avant par un représentant de la direction des hôpitaux. Dr Dadoun confirme le manque de psychiatres dans les cliniques du diabète et souligne la difficulté de trouver des psychologues qui veulent s'investir dans cette pathologie chronique.

En ce qui concerne les formations des IPA, le président du CGI rappelle que la formation infirmière vient de commencer à l'université du Luxembourg. Il est concevable que l'université développe un cursus adapté. Ces formations seront d'autant plus importantes étant donné les projections des besoins futures en matière de santé de soins.

Le président du CGI conclut en récapitulant les prochaines démarches du dossier aux invités : l'avis du CGI sera suivi de l'avis de la CPH, avant la transmission au ministère pour approbation, suivi des négociations financières et enfin le lancement du réseau. Les invités sont remerciés et la discussion en interne est ouverte.

Le président du CGI estime que la discussion sur la terminologie est la même que celle menée lors des discussions sur le RdC diabète et obésité morbide de l'enfant et propose la rédaction d'un avis pour validation au CGI. Il souligne que le diabète et l'obésité sont un grand problème de santé publique. Le Luxembourg a un retard incontestable en la matière par rapport aux autres pays européens.

Un représentant de la direction des hôpitaux se rallie au président et met en avant la plus-value de ce réseau de compétences dont le projet est très ambitieux. Enfin, le représentant réitère la problématique du manque de psychiatres dans le cadre de l'obésité.

Comité de gestion interhospitalière (CGI)

En absence de remarques supplémentaires, le président du CGI clôture le débat et conclut qu'un avis favorable sera rédigé.

6. Divers :

- Renouvellement des nominations CGI

Les membres du CGI sont informés que leurs mandats arrivent à échéance le 21 avril 2024. Une demande de nomination sera envoyée prochainement aux divers organismes et conseils constituant le CGI. Le président remarque qu'en fonction de la date de nomination et des disponibilités des nouveaux membres, la réunion CGI prévue le 25 avril pourrait être décalée.

- RdC Douleur Chronique

Ayant questionné les RdC Immuno-Rhumatologie, Diabète et obésité morbide de l'adulte sur l'inclusion du secteur extrahospitalier, le président du CGI demande des précisions sur la gestion des demandes d'adhésion au sein du RdC Douleur Chronique de médecins algologues non affiliés à un hôpital. Un représentant de la direction des hôpitaux en sa qualité de directeur général du CHL (hôpital porteur du projet) explique qu'il suffit d'avoir les qualifications nécessaires et un agrément dans un hôpital pour intégrer le réseau. Dr Ali rappelle que le critère d'agrément avait été décidé par le Comité de gestion et dans ce contexte, il y a eu des présentations des algologues et une liste de ceux intéressés à intégrer le réseau avait été créée. Il serait pertinent de répéter cette démarche périodiquement. En matière de qualifications, le président du CGI indique qu'une réflexion s'impose au niveau du RdC afin de trouver des voies/mécanismes permettant l'intégration des médecins généralistes dans le RdC Douleur. Etant donné que chaque RdC prévoit le financement d'un coordinateur médical, le commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux suggère que ce dernier évalue les conditions pour l'intégration des médecins dans le RdC Douleur Chronique et donne un feedback au CGI.