

**Compte-rendu de la CPH du 29 mars 2024**

<b>Présences</b>		<b>P</b>	<b>E</b>
Dr Jean-Claude Schmit	Président de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
M. Raoul Zimmer	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
M. Thomas Dominique	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
Dr Gérard Holbach	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)		X
(s) Dr Juliana D'Alimonte	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)		X
(s) M. Georg Adelmann	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
(s) Mme Sonja Trierweiler	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)		X
(s) Dr Raoul Hartert	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)		X
M. Serge Hoffmann	Ministère des Finances (MFIN)		X
(s) Mme Cynthia Monteiro	Ministère des Finances (MFIN)		X
M. J. Balanzategui	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
(s) M. Cédric Neiens	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
M. Carlos Pereira	Caisse nationale de santé (CNS)		X
(s) Cynthia Santos	Caisse nationale de santé (CNS)		X
Mme M. Marques	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
(s) Mme F. Lang	Caisse nationale de santé (CNS)		X
Dr René Metz	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
Dr. Martine Goergen	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
(s) M. Georges Bassing	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
(s) Dr Marc Berna	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)		X
Dr Bruno Pereira	Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD)	X	
(s) Dr Alain Schmit	Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD)		X
M. Sergio Da Conceicao	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)	X	
(s) M. Oliver Koch	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)	X	
M. Jean-Paul Freichel	Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux	X	
Mme Myriam Recken	Secrétaire de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)		X
(s) Mme Éveline Santos	Secrétaire de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	

(s) suppléant

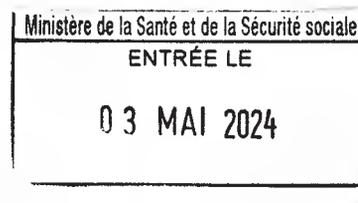
Présent / Excusé

Conformément à l'art. 4 du règlement grand-ducal du 2 février 1994, le nombre minimum de 7 membres de la CPH présents est atteint pour pouvoir délibérer valablement.

Invités : Dr De Beaufort (CHL) ; Dr Ali (DiSA) ; Dr Jaeger (Archimeda) ; M. Meyers (CHL) ; Mme Bah-Hormisch (CHNP), M. Engel Beng Architectes Associés

Ordre du jour:

1. Approbation de l'ordre du jour
2. Approbation du compte-rendu de la réunion du 23 février 2024
3. Projets d'avis



- 3.1. CHEM – Site Esch - Demande d'autorisation et de subventionnement relative au projet d'extension des services Urgences et Pédiatrie de proximité (LST1)
- 3.2. CHDN – Site Ettelbruck - Demande de prorogation de l'autorisation d'exploitation concernant l'utilisation d'un équipement de scannographie (ex COVID scanner)
- 3.3. CHNP – Site Ettelbruck - Bâtiment administratif (11) – Mise en conformité et modernisation LSt2/APS
- 3.4. LNS - Demande de prorogation de l'autorisation d'exploitation
- 3.5. CFB – Demande d'autorisation et de subventionnement relative au renouvellement partiel du plateau technique / complément de financement demandé
4. CHL – Site Belair – Mise en sécurité – renforcement de l'alimentation électrique - complément de financement demandé (Art. 8(1)1. de la loi modifiée du 8 mars 2018)
5. CHNP – Site Ettelbruck – Nouvelle construction - Nei Rehaklinik (LSt1) - nouvel échéancier (Art 8(1)2. et 15.2. de la loi modifiée du 8 mars 2018)
6. Vademecum des projets de construction – Présentation
7. Projet de création d'un réseau de compétence pour la prise en charge interdisciplinaire des enfants atteints du diabète et de l'obésité morbide (Art. 28 de la loi modifiée du 8 mars 2018)
8. Présentation du Chapitre 15 « Palliativ » des Guidelines dans le cadre de la nouvelle procédure des projets de construction/modernisation/extension des établissements hospitaliers
9. Demande de données sanitaires dans le cadre de demandes d'autorisations
10. Divers

## **1. Approbation de l'ordre du jour**

Un représentant de la FHL questionne sous quel objectif sera discuté le point 6 de l'ordre du jour relatif au Vademecum des projets de construction. De nombreuses questions étaient discutées lors des dernières réunions préparatoires entre les hôpitaux et le M3S. Enfin, il note l'absence du document Vademecum mis à jour.

Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux précise qu'il s'agit à ce stade d'une présentation concernant le cadre législatif et les exigences émanant des décisions retenues par la commission parlementaire chargée du contrôle de l'exécution budgétaire sur base du rapport spécial émis par la cour des comptes concernant les investissements hospitaliers et l'utilisation du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières. Les documents seront mis à disposition des membres dans les prochains jours. La discussion des dispositions prévues pour les différentes étapes de planification et exécution des projets de construction se fera lors de la prochaine réunion de la CPH.

L'ordre du jour est approuvé à la suite de ces clarifications.

## **2. Approbation du compte-rendu de la réunion du 23 février 2024**

Un représentant de la FHL rend attentif qu'entre la date de discussion d'un projet infrastructurel en CPH et l'établissement d'une autorisation ministérielle afférente l'établissement hospitalier encourt un risque lors du lancement de commandes, tel que décrit au point 3. CHEM – Site Esch (projet d'extension des services Urgences et Pédiatrie de proximité) du compte-rendu de la réunion du 23 février 2024. Il préconise l'importance de procédures rapides, tout en respectant le cadre de la loi (ex. via des avis CPH signés endéans les 48h après la réunion CPH). Par ailleurs, lors du lancement des commandes, le réviseur des factures attribue les commandes au projet même si le lancement est fait avant la convention de financement. Ainsi, le représentant propose de clarifier dans le compte-rendu qu'il n'est pas nécessaire d'attendre l'autorisation ministérielle avant le lancement des commandes et que l'avis CPH est suffisant.

Le président de la CPH rappelle que la CPH fournit un avis consultatif et que l'autorisation est délivrée par la ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale.

Un représentant du M3S se rallie à la position du président et confirme qu'un avis ne constitue pas une autorisation ministérielle.

Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux confirme cette précision et récapitule les dispositions légales à respecter. Alors que l'autorisation ministérielle permet de lancer les commandes relatives au projet et confirme que les factures datant de moins de 6 mois avant la signature de la convention de financement peuvent être déclarées éligibles à l'aide de l'Etat sur base d'un certificat établi par un réviseur d'entreprises. Il indique que la signature de la convention de financement entre le maître de l'ouvrage, le M3S et le ministère des finances peut effectivement prendre plusieurs mois.

Le représentant de la FHL rajoute qu'il souhaiterait une garantie en matière d'échéances (à savoir qu'il ne faudra pas plus de 6 mois pour la mise en place de la convention de financement). Ainsi, il n'y a pas de risque.

Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux rappelle qu'il y a des contraintes légales et procédures à suivre et que le ministère essaye de répondre aux attentes le mieux possible et dans les meilleurs délais. A cet effet le Vademecum permet de clarifier les procédures à respecter afin d'accélérer le processus.

Le président de la CPH conclut que les détails de la convention sont à discuter avec le ministère et ne relèvent pas des compétences de la CPH.

Le compte-rendu de la réunion du 23 février est approuvé sans modifications.

## **3. Projets d'avis**

### **3.1. CHEM – Site Esch - Demande d'autorisation et de subventionnement relative au projet d'extension des services Urgences et Pédiatrie de proximité (LST1)**

Le projet d'avis est approuvé sans remarques.

### **3.2. CHDN – Site Ettelbruck - Demande de prorogation de l'autorisation d'exploitation concernant l'utilisation d'un équipement de scannographie (ex-COVID scanner)**

Le projet d'avis est approuvé sans remarques.

### **3.3. CHNP – Site Ettelbruck - Bâtiment administratif (11) – Mise en conformité et modernisation LSt2/APS**

Le projet d'avis est approuvé sans remarques.

### **3.4. LNS - Demande de prorogation de l'autorisation d'exploitation**

Un représentant de l'AMMD soulève la question du cadre légal. En effet, il constate qu'il y a déjà eu 2 prorogations conditionnelles autorisées qui n'ont pas été respectées. Il demande sur quelle base la CPH émet un nouvel avis pour une 3<sup>e</sup> prorogation conditionnelle.

Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux précise que selon l'article 11 de la loi hospitalière, une autorisation d'exploitation peut être accordée pour une durée maximale de 5 ans. Cette durée peut être plus courte avec une explication du raisonnement (ex. en cas d'éléments à améliorer).

Le représentant de l'AMMD réitère son étonnement et questionne le ressenti des établissements hospitaliers en la matière.

Un représentant de la FHL prend la parole et plaide pour la flexibilité et le pragmatisme. Il souligne l'importance de respecter le cadre légal, et de trouver un consensus au niveau de la CPH en toute transparence. Il estime qu'il y a des éléments à améliorer, mais c'est en bonne voie.

Le président de la CPH rappelle que les 2 récentes présentations du LNS ont montré qu'ils allaient dans la bonne direction. Même si le LNS n'a pas pu obtenir toutes les accréditations prévues, il y a un progrès incontestable grâce aux audits internes. Par ailleurs, un rétroplanning pour les prochains mois a été présenté. Lors de la dernière CPH, il semblait que la majorité des membres était enclin à émettre un avis favorable, néanmoins il est possible d'émettre un avis minoritaire (tout en sachant que la décision définitive reviendra à la ministre qui décidera du bienfondé de la prorogation) en indiquant le positionnement de l'AMMD.

Le représentant de l'AMMD réitère que la majorité des établissements essayent de se tenir aux règles. Le but n'est pas de fermer un établissement, mais de mettre l'accent sur le cadre légal puisque « nul n'est censé ignorer la loi ». Le LNS ne respecte pas les conditions d'autorisation depuis la première autorisation conditionnelle de 2 ans émise en 2018, ainsi l'AMMD suggère de s'abstenir du vote pour cet avis.

Un représentant du M3S questionne la base légale de l'avis conditionnel et demande si le système d'accréditation est mentionné dans la loi hospitalière.

Le président de la CPH indique que cette notion n'est pas dans la loi hospitalière, mais dans la loi relative aux laboratoires qui est applicable au LNS.

Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux note que les articles 10 et 11 se réfèrent aux articles 4 et 5 ; or les 2 laboratoires du LNS avec ses centres de diagnostic sont mentionnés à l'article 6. Ainsi, la CPH avise une autorisation émise dès 2019, mais pas tel quelle exigée selon le texte de loi. Bien que

l'accréditation ne soit pas indiquée en tant que norme dans la loi hospitalière, il existe des obligations dans la loi relative aux laboratoires dont la CPH peut exiger le respect.

Un représentant du M3S rebondit sur cette affirmation et questionne le rôle et la compétence de la CPH concernant les dispositions relevant d'une loi ou d'un règlement qui tombe hors de son périmètre.

Le président de la CPH estime que la CPH a une compétence plus large en terme de respect du cadre légal et propose de mettre une remarque plus précise dans l'avis.

Après discussion, il est décidé d'adapter le projet d'avis en mettant une formulation clarifiant que l'accréditation est exigée sur base du règlement grand-ducal du 27 mai 2004 déterminant les critères minima à observer dans le cadre des activités globales d'un laboratoire d'analyses médicales. Les membres de la CPH sont en faveur de cette approche et le projet d'avis est approuvé avec cette modification.

### **3.5. CFB – Demande d'autorisation et de subventionnement relative au renouvellement partiel du plateau technique / complément de financement demandé**

Le projet d'avis est approuvé sans remarques.

### **4. CHL – Site Belair – Mise en sécurité – renforcement de l'alimentation électrique - complément de financement demandé (Art. 8(1)1. de la loi modifiée du 8 mars 2018)**

Un représentant du CHL présente la demande de complément de financement du CHL. En effet, le dossier APD avait été validé à la CPH le 28 avril 2023 (Avis CPH 23/11 du 26 mai 2023) pour un montant de 2.510.170€ TTC (indice 1.071,67), soit 2.671.412,76€ TTC à l'indice 1140,51 dont 1.124.056,16 € TTC (index 1140,51) pour les rails d'alimentation électrique. Or, suite aux appels d'offre réalisés en septembre 2023 (3 offres reçues : Socom, Mannelli, Muller&Fils), il a été constaté un surcoût de 2.193.432,03 € TTC (index 1140,51) concernant ce dernier poste.

Le représentant du CHL explique que la procédure de marché public a été suivie selon les règles mais qu'une valorisation de la marque Siemens a été utilisée comme référence pour le calcul d'un devis estimatif par le bureau d'études techniques en charge de ce projet, Felgen & Ass. La société Schneider n'a pas été consultée pour éviter toute violation de la législation sur les marchés publics. Or, les 3 offres reçues proposent l'utilisation des rails d'alimentation de la société Schneider (plus couteux mais sans risque de compatibilité aux installations existantes également de la marque Schneider). Suite à l'ouverture des offres, Felgen & Ass. a admis son erreur de valorisation et a réalisé une nouvelle analyse. Il a été constaté que les prix des 3 offres ne sont pas surfaites comme elles se réfèrent aux équipements de la marque Schneider et que les produits proposés correspondent aux exigences du CHL. Le projet est actuellement en attente de décision d'attribution de marché. Les rails en question doivent rapidement être commandés afin de ne pas insécuriser les travaux en vue de l'ouverture des unités de l'Annexe 2. Par ailleurs, en raison de l'arrêt du projet, le CHL a des coûts d'exploitation journaliers supplémentaires estimés à 49 441 € hTVA sur 3 mois.

Le président de la CPH note qu'il s'agit d'un dossier technique et demande s'il y a des commentaires de la part des membres.

Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux prend la parole et explique la procédure à suivre par le CHL afin de déterminer le montant à rajouter à l'autorisation accordée le 26 mai 2023. Il est nécessaire d'inclure les éléments d'information supplémentaires dans le cadre du rapport trimestriel à fournir avant la prochaine CPH en vue de la finalisation de l'avis de la CPH.

Le président conclut qu'un avis favorable sera rédigé sur base du montant final à obtenir.

#### **5. CHNP – Site Ettelbruck – Nouvelle construction - Nei Rehaklinik (LSt1) - nouvel échancier (Art 8(1)2. et 15.2. de la loi modifiée du 8 mars 2018)**

Alors que le dossier d'intention modifié a été présenté lors de la réunion CPH du 15 décembre 2023, les représentants du CHNP présentent un échancier adapté du projet Nei Rehaklinik. En effet suite à des considérations de renouvellement de l'autorisation d'exploitation du bâtiment Building en 2026 la démolition du Building (bâtiment n°20), qui était initialement prévue dans la dernière phase du projet, a été avancée afin d'éviter des mesures de mise en conformité d'envergure (à savoir des mesures de modernisation coûteuses et contraignantes exigées par l'ITM dans le cadre d'une prolongation de l'autorisation d'exploitation du Building). Cette anticipation a des répercussions sur tout le phasage qui a été adapté comme suit :

- La phase 1.1 prévoit la démolition des bâtiments 22 et 23, durant cette phase seront installés les structures provisoires des restaurants et bureaux.
- La phase 1.2 prévoit la construction de nouveaux bâtiments (Energiezentale, Mittelspannungsspannwerk et un parking) et une salle sportive provisoire.
- La phase 2.1 prévoit la démolition des Casernes (9 et 12) et du Trafo, suivi de la rénovation et extension des maisons Gillet et Risto.
- La phase 2.2 prévoit la construction des bâtiments 81-82-83 Casernes.
- La phase 3.1 prévoit la démolition des bâtiments 20 Building, salle de sport (10), cuisine centrale (57).
- La phase 3.2 prévoit la construction du bâtiment 85 et de la rénovation des bâtiments 24 et 13.
- La phase 4.1 prévoit la démolition de l'Orangerie (6) et le déplacement de la salle de sport provisoire.
- La phase 4.2 prévoit la construction du bâtiment 84.
- La phase 5 prévoit la rénovation de la Villa Via et la démolition de la salle de sport provisoire.

En ce qui concerne le planning, les échéances suivantes ont été présentées :

1. Démolition des Casernes d'octobre 2025 à décembre 2026, suivi de la construction des nouveaux bâtiments 81, 82 et 83 sur cette partie du site de décembre 2026 à décembre 2029 et finalement démolition du hall sportif.
2. Démolition du Building et de la cuisine centrale de mai 2030 à mai 2031, puis reconstruction du nouveau bâtiment 85 sur ce site de mai 2031 à octobre 2033.
3. Démolition de l'Orangerie de mars 2034 à mars 2035, suivi de la reconstruction d'un nouveau bâtiment 84 sur ce site de mars 2035 à septembre 2037.
4. Rénovation des bâtiments 24 (Lannenhaff) et 13 (Edmond Dune) de mai 2030 à novembre 2031.

Les représentants du CHNP expliquent qu'étant donné l'ampleur du projet global Nei Rehaklinik, le CHNP présentera un dossier séparé pour les bâtiments 81-83, le bâtiment 85 et le bâtiment 84 selon le planning décrit. Il sera essentiel de prévoir les interférences entre les phases avant le lancement de la prochaine phase et les éventuelles mesures intermédiaires nécessaires seront présentées séparément.

Un représentant du M3S précise que le rapport de l'expert du Ministère est disponible sur le Sharepoint.

Le consultant externe du M3S Archimeda présente son rapport d'analyse et explique la transition des patients lors des diverses étapes de construction et de démolition des divers bâtiments. Selon le consultant, le nouveau phasage avec la réalisation de la nouvelle construction du bâtiment 85 (un nouveau nom doit être attribué) avant celle du bâtiment 84 est souhaitable et sensé. Il sera essentiel de finaliser la construction du bâtiment 85 avant la démolition de l'Orangerie afin d'y abriter les patients pendant la construction du bâtiment 84 (LSt 0 et 1 prévues pour 2030). Le consultant souligne le planning exemplaire des interactions entre les phases du projet. La collaboration entre les personnes du terrain et les personnes chargées de la planification a permis d'élaborer le meilleur planning avec une bonne fonctionnalité pour les patients et un maximum de sécurité et des procédures de qualité pour les collaborateurs. A noter qu'une nouvelle loi permettant le financement des différentes étapes du projet doit être mise en place.

Le président de la CPH remercie les intervenants pour les présentations claires et détaillées. En absence de commentaires, il est conclu qu'un avis favorable sera rédigé.

## **6. Vademecum des projets de construction – Présentation**

Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux présente le contexte de réalisation du Vademecum sur les projets de construction. Ce document se base notamment sur des exigences en matière d'investissements dans les structures hospitalières énoncées dans le rapport spécial de la Cour des comptes sur le financement public des investissements hospitaliers du 15 novembre 2018 ainsi que les exigences retenues par la Commission de l'exécution budgétaire de la CHD et le Ministère de la Santé. Le Vademecum a été complété concernant les étapes de planification et exécution des projets d'infrastructures et a pour but d'harmoniser les procédures et de les accélérer.

Les exigences retenues par la commission de l'exécution budgétaire concernant notamment les volets suivants:

- Mise en place de procédures similaires à celles d'autres administrations (p. ex. bâtiments publics).
- Mise en place d'un centre de compétences dédié pour l'accompagnement des projets de construction
- Contrôle du respect des dispositions et procédures en termes de marchés publics
- Clarification des critères d'éligibilité des dépenses subventionnables
- Suivi de la transmission trimestrielle des rapports trimestriels tel qu'indiqué dans les conventions
- Respect des catégories de financement et mise en place d'un contrôle après achèvement de la construction
- Limitation des subventions aux seuls éléments autorisés par la convention de financement

Pour les projets supérieurs à 10 mio €, les LSt 0 et 1 sont séparés, tandis que pour les projets inférieurs à 10 mio €, les LSt 0 et 1 sont regroupés.

Cette documentation doit permettre d'assurer une documentation cohérente des demandes d'autorisation de projet, de faciliter l'accompagnement de la planification et exécution des projets avec les experts, d'assurer le suivi des budgets et dépenses subventionnables et d'assurer une gestion des risques.

La version complétée du Vademecum sera mise à disposition des membres de la CPH en début de semaine prochaine, pour qu'ils puissent l'analyser en vue des échanges lors de la prochaine réunion de la CPH le 26 avril 2024.

Le représentant du M3S précise que les réponses aux questions de la FHL et les clarifications retenues lors des réunions préparatoires ont été incluses dans le document qui sera transmis.

#### **7. Projet de création d'un réseau de compétence pour la prise en charge interdisciplinaire des enfants atteints du diabète et de l'obésité morbide (Art. 28 de la loi modifiée du 8 mars 2018)**

Un représentant de la FHL représentant le CHL introduit la présentation du projet. Le CHL est l'hôpital coordinateur du projet de création d'un réseau de compétences pour la prise en charge interdisciplinaire des enfants atteints du diabète et de l'obésité morbide. Les pathologies diabète et obésité sont des maladies chroniques avec une morbidité et une mortalité importante. Dans un deuxième temps, le porteur du projet, le Dr Carine De Beaufort, met en avant la problématique nationale de l'augmentation de la prévalence d'obésité et du diabète chez les enfants. Il y a surtout des diabètes de type 1 chez les enfants et une augmentation du diabète type 2 chez les enfants en surpoids. Néanmoins, une prise en charge précoce, intensive et multidisciplinaire peut prévenir/réduire les complications. Il y a environ 6000 enfants (âgés de 4 à 19 ans) obèses au Luxembourg. Actuellement, il n'existe pas de stratégie concrète de prise en charge des enfants et adolescents avec surcharge pondérale ou obésité, ni d'offre multidisciplinaire pour leur prise en charge coordonnée et en groupe. Ainsi le RdC permettra la mise en place d'une filière de soins multidisciplinaire et structurée de l'enfant et de l'adolescent obèse ou en surcharge pondérale. Le CHL, le Rehazenter et le service national de psychiatrie juvénile (SNPJ aux HRS) sont les principaux intervenants en matière de prise en charge ciblée avec 3 parcours de soins (l'aspect médical au CHL, les activités physiques au Rehazenter et les aspects psychologiques et psychiatriques au SNPJ). En ce qui concerne le volet diabète, il existe déjà le DECCP (« Diabetes Endocrinology Care-Clinique Pédiatrique ») au CHL, mais dont les moyens et effectifs sont limités. Le réseau de compétences permettra d'améliorer la structure et la coordination entre les différents intervenants. Il est prévu une montée en charge progressive en lien avec une évaluation de la structure et de l'impact du réseau afin de le corriger et adapter si nécessaire.

Le président remercie Dr De Beaufort pour son intervention et passe la parole au Dr Ali de la Direction de la santé.

Dr Ali présente l'analyse du réseau de compétences diabète et obésité morbide de l'enfant réalisée par la consultance Proxicare. Cette analyse a débuté en 2023, il s'en est suivi du travail d'approfondissement/clarification avant la présentation du projet au CGI le 5 octobre 2023. Deux dossiers ont été initialement soumis, à savoir un dossier diabète de l'enfant (proposant 7 parcours de soins) et un

dossier obésité de l'enfant (proposant 3 parcours), qui ont été regroupés en un seul réseau de compétences. En ce qui concerne la population ciblée, le volet diabète cible le prédiabète T1 et T2 ainsi que le diabète T1 et T2 avec ou sans complications (enfants et jeunes jusqu'à 26 ans). Il y a une prise en charge soignante centralisée par le DECCP du CHL, une transition vers le réseau diabète de l'adulte, ainsi qu'une prise en charge en ville reposant sur les autres professionnels intervenants dans le parcours (médecins généralistes, spécialistes, médecine scolaire, etc). Le projet prévoit 497 patients la 5<sup>e</sup> année. En ce qui concerne le volet obésité, l'inclusion au réseau est basée sur une évaluation de l'obésité selon les références actualisées de l'OMS (BMI-Z score) ainsi que sur une évaluation des comorbidités impactant la situation de santé globale de la personne concernée (Edmonton Obesity Staging System Pediatrics). Suite à l'analyse, la gouvernance et l'équipe d'animation du réseau de compétences ont été précisées, les parcours obésité ont été clarifiés, les effectifs de patients pour le volet obésité ont été revus (montée en charge allant de 500 patients suivis/an au CHL la première année à 1500 au bout de 5 ans, ainsi que 48 au RehaZenter et 24 au HRS plus 60 en équipe mobile). Enfin, les 3 centres hospitaliers ont retravaillé le dimensionnement des équipes de professionnels. L'analyse de la complétude du projet indique qu'il reste à stabiliser les critères d'agrément et les indicateurs (à revoir par le comité de gestion et le comité scientifique) et une évaluation sera réalisée à 2 ans et à 5 ans. Enfin, le dimensionnement des ressources et le budget final restent aussi à préciser pour les 2 volets.

L'analyse de la pertinence et cohérence du projet a révélé plusieurs points forts au niveau des enjeux stratégiques. Les améliorations suivantes ont été constatées :

- amélioration de l'accès aux soins via le repérage et diagnostic précoce grâce à l'implication des professionnels de ville, l'articulation forte avec la santé scolaire et les campagnes de communication
- amélioration de la coordination des parcours de soins assurés par des case managers
- amélioration de la qualité de la prise en charge des patients de manière homogène (entre autre par des formations aux professionnels et la clarification des parcours et interventions),
- amélioration de la complémentarité du rôle des acteurs (implication des professionnels de ville et facilitation de la transition vers le suivi à l'âge adulte)
- amélioration de l'efficacité de la prise en charge des patients (en lien avec les moyens financiers).

Deux points d'attention dans le volet obésité ont été mis en avant. Le premier point se rapporte à la centralisation des soins dans les 3 hôpitaux situés dans la ville du Luxembourg qui pourrait constituer un obstacle à l'accessibilité géographique des soins pour certaines familles habitant loin. A court terme, cette centralisation est justifiée par la nécessité d'utiliser au mieux les compétences, bien évaluer le dispositif de prise en charge et faire monter en qualité l'ensemble des acteurs. Le deuxième point d'attention concerne les critères d'inclusion des enfants en situation d'obésité avec morbidité (combinaison de l'évaluation de la surcharge pondérale selon des références de l'OMS avec l'évaluation du critère d'impact de l'obésité sur la santé globale selon des références actualisées au niveau international (EOSP)) qui contraste avec les termes *obésité morbide* utilisés dans le texte de loi. Néanmoins, cette terminologie n'est plus d'usage, ainsi le texte de loi doit être interprété dynamiquement dans le respect du développement des concepts cliniques et scientifiques appliqués dans la lutte contre l'obésité sévère. Le dernier point de l'analyse se rapporte à la faisabilité du projet de réseau de compétences. Le volet diabète est déjà éprouvée par le fonctionnement du DECCP depuis plusieurs années, mais certains prérequis doivent encore être assurés (notamment le financement des incitants, le développement d'un module spécifique dans le DSP et le recrutement des case managers). En ce qui concerne le volet obésité,

l'organisation prévue est nouvelle et devra être mise en œuvre par les équipes des trois hôpitaux partenaires du projet. Les derniers travaux réalisés sur la précision des parcours et le dimensionnement des effectifs semblent attester d'une bonne coordination entre les acteurs impliqués dans ce réseau. Enfin, les prérequis à réunir concernent le financement des incitants et la capacité à faire face à l'augmentation envisagée du nombre de patients (à savoir 1500 à 5 ans).

Le président remercie le Dr Ali pour la présentation détaillée et ouvre la discussion.

Un représentant de la FHL représentant le CHL met en avant le bon fonctionnement du volet diabète chez l'enfant et l'adulte (mis en place bien avant la loi sur les réseaux de compétences) et l'expérience acquise en matière de parcours-patient. En ce qui concerne la centralisation des soins, il est précisé que des consultations obésité et diabète sont déjà déployées au nord du pays et que cette activité pourra être encore davantage développée.

Un représentant du M3S évoque l'avis du CGI et soulève la question du volet adulte. Par ailleurs, il estime que le nombre de réseaux discutés porte à confusion et demande une clarification.

Le président confirme qu'il s'agit d'un seul réseau incluant les volets diabète et obésité chez l'enfant. Le RdC diabète et obésité morbide de l'adulte relève d'un autre réseau de compétences qui a récemment été discuté au CGI.

Le porteur du projet rajoute que la majorité des diabètes de l'enfant et de l'adolescent sont de type 1 (90% des cas). Le taux d'obésité est en augmentation et on observe de plus en plus l'apparition du diabète de type 2 parmi cette population (maladie agressive avec des complications après 4-5 ans). En règle générale, il s'agit d'obésité sévère. La tranche d'âge d'inclusion dans le réseau de compétences est de la petite enfance jusqu'à 26 ans, puisque de nombreuses études scientifiques ont démontrées que les enfants deviennent mentalement adultes de plus en plus tardivement avec une phase de transition qui peut aller jusqu'à 26 ans. La segmentation de l'âge adulte à 18 ans crée de nombreux problèmes au niveau de la prise en charge. Or, le sujet de la transition vers adulte est un point essentiel des réseaux diabète et obésité enfant et adulte. En conclusion, dans la médecine en maladies chroniques les personnes de 18 à 26 ans ne sont pas considérées comme adulte.

Le représentant de l'AMMD remercie les intervenants et félicite la mise en place d'une prise en charge bien avant l'élaboration de la loi sur les réseaux de compétences. Il revient sur le terme enfant tel qu'indiqué dans l'art. 28 de la loi hospitalière. Se basant sur les nombreuses études scientifiques en la matière, il concorde que la phase de transition peut aller jusqu'à 26 ans. Dans un 2<sup>e</sup> temps, le représentant en sa qualité de médecin constate l'absence de la thématique prévention du diabète de type 2 et de l'obésité. Il constate que ce sujet n'a pas été abordé lors de la présentation, or le réseau de compétences pourrait émettre des recommandations aux législateurs pour mettre en place des actions ciblées pour prévenir le développement de ces pathologies. Cette expertise serait probablement pertinente pour la mise en place de certaines mesures plus critiques (ex. taxe sur les boissons sucrées).

Le président se rallie à ces commentaires, tout en soulignant l'aspect politique des mesures de prévention. Enfin, il estime que l'élaboration de recommandations ou avis serait envisageable.

Le porteur du projet explique que des discussions sont en cours avec les partenaires sur le terrain, néanmoins la documentation de la situation sur le terrain prend du temps.

Se référant à l'article 28, paragraphe 9 de la loi hospitalière, le représentant du M3S s'interroge sur les sites et les services hospitaliers faisant partie du réseau de compétences. En effet, d'après le texte de loi, l'autorisation d'exploitation doit préciser ces éléments. Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux se rallie à cette demande et souligne que ces informations sont essentielles pour la transparence budgétaire.

Les représentants du CHL acquiescent et proposent de mettre une liste à disposition.

En l'absence de questions supplémentaires, le président remercie les intervenants et ouvre les discussions en interne.

Un représentant de la CNS aborde la problématique de la terminologie d'*obésité morbide* évoquée au CGI et soulève la question de l'insécurité juridique. Enfin, il commente que les aspects recherche et santé publique (inclus dans le projet) ne sont pas subventionnables par la CNS.

Le président de la CPH et le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux confirment que la modification de la terminologie dans le texte de loi ferait partie d'un projet de loi omnibus en cours de finalisation par le M3S.

Le représentant de l'AMMD revient sur le périmètre de la loi avec les mentions *obésité morbide* et *enfant*. Au niveau médical, l'enfant est considéré adulte à 17 ans et demi, ainsi le suivi jusqu'à 26 ans semble sortir du cadre de la loi. Néanmoins, cette extension est clairement argumentée et soutenue par de nombreuses observations scientifiques. En ce qui concerne la terminologie *obésité morbide*, le représentant argumente qu'il s'agit d'un terme historique, pas d'actualité et synonyme d'obésité sévère.

Un représentant de la FHL ajoute que la terminologie morbide est stigmatisante. Cette terminologie devra aussi être changée dans le texte de loi se référant au réseau de compétences de l'adulte.

Dans le contexte du suivi jusqu'à l'âge de 26 ans, le président de la CPH remarque le lien avec le réseau de compétences diabète et obésité de l'adulte. Concrètement, il s'agit d'un accompagnement des jeunes vers le réseau adulte en assurant un soft-landing et la continuité des soins.

Un représentant de la FHL souligne la complexité de la thématique en citant l'exemple de jeunes atteints de diabète type 1 qui oscillent entre les consultations pédiatriques et les consultations adultes. Il est essentiel d'avoir une continuité de suivi avec une transition fluide entre les consultations pédiatriques et adultes. Une prise en charge commune (pédiatriques et adultes) pour les jeunes de la tranche d'âge 18-26 ans est suggérée.

Un représentant du M3S demande des informations supplémentaires sur l'âge des patients qui sont actuellement pris en charge (notamment la proportion de patients >18ans), ainsi que les sites d'exploitation.

Un représentant de l'AMMD indique qu'en 2020, 27,6 % des cas de diabète de type 1 suivis au DECCP avaient plus de 18 ans.

Le président remarque que des statistiques sur les autres pathologies pourront être fournies (ex. données sur diabète type 1, prédiabète, obésité, ... (si disponible)).

Un représentant du M3S questionne la base de l'avis CPH et soulève la question de la timeline.

Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux remarque que des travaux sont en cours pour la modification du texte de loi, ainsi le réseau de compétence peut continuer à se formaliser tout en tenant compte des réflexions menées à la CPH.

Le président concorde et confirme que l'avis sera réalisé dans le cadre légal actuel. Il suggère la préparation d'un projet d'avis qui pourra être discuté lors de la prochaine séance de la CPH. Les informations supplémentaires concernant les sites et les statistiques seront à clarifier.

#### **8. Présentation du Chapitre 15 « Palliativ » des Guidelines dans le cadre de la nouvelle procédure des projets de construction/modernisation/extension des établissements hospitaliers**

Le consultant externe Archimeda présente son rapport d'analyse en matière de guidelines pour les services palliatifs. Les différentes expériences et demandes en matière de service palliatif ont été pris en compte lors de la rédaction de ce rapport, l'objectif étant l'harmonisation des soins palliatifs dans les structures hospitalières du Luxembourg. Certains points essentiels ont été mis en avant :

- Mise à disposition de chambres individuelles pour les patients
- Chambre au rez-de-chaussée avec accès à l'extérieur
- éviter des situations de passage
- favoriser la proximité des professionnels pour le diagnostic
- offrir un environnement confortable, calme et silencieux aux patients.

Des mesures supplémentaires ont été considérées pour les services de soins palliatifs pédiatriques :

- assurer la sécurité des jeunes patients
- assurer la surveillance des jeunes patients
- mettre à disposition des lits pour les parents.

Une checkliste détaillée est mise à disposition. Le consultant souligne un retour positif des HRS ainsi que de la maison Omega. Enfin, il informe les membres que le prochain chapitre de guideline concernera l'endoscopie.

Le président remercie le consultant pour la présentation détaillée.

#### **9. Demande de données sanitaires dans le cadre de demandes d'autorisations**

Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux présente la procédure proposée en lien avec la demande de données sanitaires dans le cadre de demandes d'autorisations. La Luxembourg Microdata Platform (LMDP) poursuit deux objectifs : (1) faciliter l'accès aux données individuelles administratives pseudonymisées, afin de renforcer l'utilisation statistique des données administratives et ainsi développer la recherche et l'étude sur le marché du travail et la protection sociale ; (2) garantir le respect de la vie privée des personnes, en conformité avec le règlement général européen sur la protection des données à caractère personnel (RGPD). La LMDP est destinée à des experts dans le domaine de l'emploi et de la protection sociale (chercheurs, chargés d'études et analystes) menant des projets ayant une finalité exclusivement statistique.

Il est proposé que toute demande de données soit transmise au M3S dans le contexte d'une demande d'autorisation afférente à préparer et soumettre. Après analyse par la DISA une requête y relative sera formalisé ensemble avec l'établissement demandeur. Les données agrégées peuvent être discutées à la CPH lors de la présentation de demande d'autorisation.

Les données à utiliser dans le processus de soumission de la demande sont décrites en séance avant la description du site LMDP [Luxembourg Microdata Platform on Labour and Social Protection - Inspection générale de la sécurité sociale // Le gouvernement luxembourgeois](#). Seules les variables listées dans le dictionnaire de données de la LMDP sont disponibles pour des fins statistiques. Pour chaque variable, le dictionnaire fournit son nom, ses modalités, sa source ainsi que son niveau de protection par défaut.

Un représentant de la FHL questionne la procédure rappelant que le but était de connaître ces informations avant d'initier un projet. Il remarque le travail en aveugle préalable à l'obtention des informations concernant l'utilité du projet.

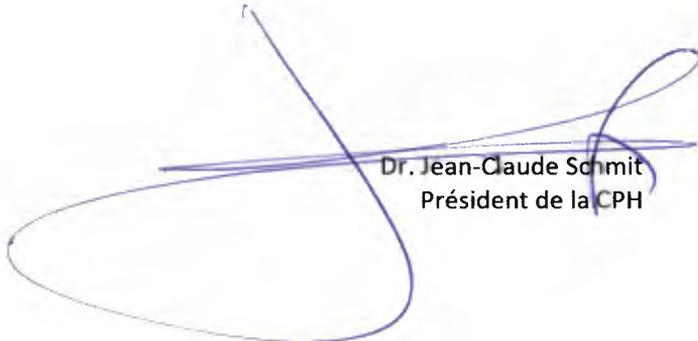
Le Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux explique que le projet n'a pas besoin d'être complètement formalisé et développé. Toutefois il s'agira d'articuler le contexte du projet pour lequel la demande de données est formalisée.

Un représentant du M3S continue la présentation du site LMDP. Il rappelle que ces données sont accessibles à tous les membres de la CPH. Cette procédure garantit la transparence des demandes soumises.

Le président de la CPH remercie les présentateurs.

## 10. Divers

Aucun divers n'a été abordé et la séance a été clôturée.



Dr. Jean-Claude Schmit  
Président de la CPH