

Compte-rendu de la CPH du 28 juin 2024

Présences		P	E
Dr Jean-Claude Schmit	Président de la CPH – Ministère de la santé et de la Sécurité sociale (MSSS)	x	
M. Raoul Zimmer	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (MSSS)		x
M. Thomas Dominique	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (MSSS)	x	
Dr Gérard Holbach	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (MSSS)		x
(s) Dr Juliana D'Alimonte	Ministère de la Sécurité et de la Sécurité sociale (MSSS)		x
(s) M. Georg Adelmann	Ministère de la Sécurité sociale et de la Sécurité sociale (MSSS)	x	
(s) Mme Sonja Trierweiler	Ministère de la Sécurité sociale et de la Sécurité sociale (MSSS)		x
(s) Dr Raoul Hartert	Ministère de la Sécurité sociale et de la Sécurité sociale (MSSS)		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 (MSSS)	x	
(s) Mme Éveline Santos	Secrétaire de la CPH – Ministère de la santé et de la Sécurité sociale (MSSS)	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 :

Ordre du jour:

1. Approbation de l'ordre du jour
2. Approbation du compte-rendu de la réunion du 24 mai 2024
3. Projet d'avis
 - 3.1. CHEM – Site Esch – Demande d'autorisation et de subventionnement relative au projet de construction d'un bâtiment pour le SAMU

4. CHDN – Site Wiltz – Demande d’autorisation et de subventionnement pour l’installation d’un équipement pour mesure de la densité osseuse
 5. Avant-projet de règlement grand-ducal – Ostéodensitométrie
 6. HRS – Site Kirchberg - Demande d’autorisation pour l’extension et la modernisation de la chirurgie assistée par robotique pour le secteur orthopédie des salles opératoires
 7. HRS – Site Kirchberg – Demande d’autorisation pour l’exploitation de lits supplémentaires au service nationale de Psychiatrie juvénile
 8. CHEM – Site Esch – Demande d’autorisation et de subventionnement relative au projet d’extension de surface du service Soins intensifs et anesthésie – LSt1
 9. Projet de création d’un réseau de compétences diabète et obésité morbide de l’adulte
 10. Divers
- 10.1. Dates pour séances CPH supplémentaires

1. Approbation de l’ordre du jour

L’ordre du jour est approuvé.

2. Approbation du compte-rendu de la réunion du 24 mai 2024

Le compte rendu de la séance du 24 mai 2024 est approuvé en tenant compte des observations d’un représentant du CSCPS au point 6. Vademecum des projets de construction.

3. Projet d’avis

3.1. CHEM – Site Esch – Demande d’autorisation et de subventionnement relative au projet de construction d’un bâtiment pour le SAMU

Le projet d’avis est approuvé.

4. CHDN – Site Wiltz – Demande d’autorisation et de subventionnement pour l’installation d’un équipement pour mesure de la densité osseuse

Un représentant du CHdN, présente la demande d’autorisation et de subventionnement pour l’installation d’un équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA. L’ostéodensitométrie DXA constitue l’examen de référence pour le dépistage et le diagnostic de l’ostéoporose. Il y a actuellement un seul appareil de ce type au Luxembourg (site HRS Zitha). Il est constaté une utilisation importante et un délai d’attente qui peut aller jusqu’à 20 mois. Afin de répondre au besoin et suite à l’adaptation de

l'annexe 3 de la loi hospitalière par la loi du 22 décembre 2023, le nombre national d'équipements pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA a été augmenté de 1 à 3 appareils.

Outre l'ostéoporose, les appareils modernes d'ostéodensitométrie DXA présentent une valeur ajoutée importante pour de nombreuses autres pathologies (via l'acquisition de logiciels spécifiques) :

- fractures vertébrales asymptomatiques
- sarcopénie (évaluation de la masse musculaire)
- évaluation de la masse corporelle maigre (utile pour le diagnostic oncologique)

Le CHdN a analysé diverses machines sur le marché et présente un appareil avec une technologie supérieur et de bonnes performances. Cet appareil de la compagnie GE HealthCare dispose des logiciels permettant une évaluation complète de la composition osseuse et corporelle en un seul examen. L'estimation des coûts pour l'appareil GE HealthCare iDXA Pro s'élève à 172 341 euro TTC (TVA à 17%). L'installation sur le site de Wiltz ne pose pas de problèmes majeurs puisque l'appareil peut être installé dans une salle déjà équipée de la plupart des éléments nécessaires pour l'exploitation de l'appareil (notamment des cabines pour les patients, un accès pour les patients alités, et un poste de commande protégé contre le rayonnement ionisant). Toutefois, le budget nécessaire pour les adaptations architecturales (revêtement du sol et installation du blindage) s'élève à 86 000 euro. Il est prévu d'ouvrir l'ostéodensitométrie 9 heures par jour (de 8h à 17h). Afin de garantir un fonctionnement optimal de l'appareil et de la prise en charge des patients, il faudra un ATM de radiologie pendant les heures de service (soit 1.52 ETP), et du personnel administratif pour la gestion admission/accueil et prise de RDV (1 ETP). Les coûts totaux pour le personnel s'élèvent ainsi à 241 286 euro par an. Le CHdN dispose de 6 médecins pouvant utiliser l'appareil. L'acquisition de cet appareil sera essentielle pour les patients ambulatoires, ainsi que pour les patients stationnaires du site Wiltz. Dans l'optique d'une population vieillissante, le CHdN souhaite créer des liens et ensembles fonctionnels avec l'activité en rhumatologie et les services de gériatrie et rééducation gériatrique et en fin de compte une prise en charge multidisciplinaire du patient via un modèle de gériatrie intégrée.

Le président de la CPH remercie le présentateur et demande des précisions sur l'équipement à mettre en place. Il mentionne des discussions préalables sur la comparabilité des appareils et l'installation du même équipement sur 3 sites. Dans ce contexte, l'appareil en place sur le site HRS Zitha Klinik est évoqué, et il se pose la question d'un éventuel remplacement au vu de l'âge avancé de l'équipement. Enfin, le président aborde les nouvelles indications proposées par ces appareils modernes et questionne si à termes, il ne serait pas opportun d'adapter la nomenclature.

Un représentant de la Direction de la santé confirme que dans le cadre du nombre limité de 3 appareils, il serait judicieux de se pencher sur la question de l'installation d'un même équipement pour des raisons de comparabilité et pour la continuité de la prise en charge des patients. Une cohérence au niveau de la stratégie nationale serait pertinente. Dans un deuxième temps, le représentant précise que les indicateurs qualité devront être précisés. Enfin, il constate que le flux n'est pas clair pour les patients ambulatoires (notamment en matière d'implication des rhumatologues) et il souligne à nouveau l'importance de la cohérence au niveau national pour que tous les patients aient la même qualité dans le rendu du résultat.

Le représentant du CHdN confirme qu'il y a des appareils avec des capacités et éléments techniques différents. Lors de l'analyse de marché, le CHdN avait identifié l'appareil cité en amont comme ayant une technologie supérieure. Le CHdN est ouvert au dialogue si d'autres sites (ex. HRS) souhaitent aussi

acquérir un tel appareil. Le représentant du CHdN estime qu'il serait avantageux de réaliser un achat commun. Néanmoins, il rappelle qu'il ne s'agit pas du même cas de figure que pour les mammographes qui sont dans un réseau où plusieurs lectures standardisées sont nécessaires. Le représentant voudrait éviter un processus lourd, soulignant que le CHdN est prêt pour avancer avec la procédure.

Un représentant de la FHL s'étonne de la réglementation en vigueur concernant un appareil dont le prix ne dépasse pas le prix d'un bon échographe et dont le risque se limite à une dose de rayons ionisants qui est entre 50-100 μ Sv (moins qu'une radiographie du thorax). Néanmoins, dans le cadre de la planification nationale et selon l'interprétation de l'annexe 3 de la loi hospitalière sur le financement de l'appareil, les HRS sont enclins à remplacer leur appareil existant qui a plus de 20 ans. La préparation d'une demande de remplacement est envisageable dans les meilleurs délais.

Un autre représentant de la FHL met en avant l'utilité d'installer un tel appareil au sud du pays et propose la rédaction d'une demande pour le CHEM, tout en veillant à ne pas freiner l'entrain du CHdN. Il suggère de potentiels échanges en vue d'une démarche commune et soutient l'homogénéité des appareils dans le cadre d'une planification nationale de 3 appareils.

Le président conclut le volet équipement en récapitulant le scénario avec 3 appareils (au nord, au centre, et au sud du pays). Etant donné que l'appareil identifié par le CHdN répond à de nombreuses spécificités, il est probable que les 3 sites arrivent à un consensus (développement d'un parc d'équipements similaires).

Un représentant de l'AMMD s'enquiert du calcul du nombre d'appareils et s'ils seront suffisant pour assurer les besoins de la population vieillissante pendant les prochaines 10 années. Enfin, il évoque un éventuel raccourcissement des procédures pour une installation rapide des appareils.

Le président de la CPH indique que le nombre d'appareils a été calculé sur base des connaissances actuelles.

Le représentant du CHdN rajoute qu'il sera opportun de suivre l'évolution des délais d'attente après l'installation des appareils. Il précise qu'initialement ce concept a été développé dans le cadre d'un appareil unique national. Le représentant du CHdN se rallie aux représentants de la FHL en indiquant que cette technologie doit être disponible à différents endroits sur le territoire national. Par ailleurs, il estime qu'il n'est pas nécessaire de restreindre certains examens (la pénurie de certains spécialistes compliquant considérablement le concept de prise en charge intégrée) et que l'interprétation des résultats ne doit pas obligatoirement passer par le bottleneck des rhumatologues. En ce qui concerne la nomenclature, il existe un code pour la réalisation de l'ostéodensitométrie. Le représentant estime que le radiologue est tout à fait capable de lire la moyenne entre une IRM et une ostéodensitométrie (à priori la qualité de la réalisation et du compte-rendu sera la même). Le représentant évoque des spécificités de la nomenclature (ex. les règles de cumul) à discuter dans une Commission de Nomenclature. Ces réflexions de l'ordre tarifaires sont à séparer de la réflexion sur cet examen d'imagerie, qui est utile dans le cadre stationnaire pour des patients complexes. Enfin, la majorité des patients ambulatoires sont envoyés sur ordonnance pour avoir un compte-rendu, puis le suivi peut être assuré par différents types de médecins.

Le président de la CPH constate qu'il y a 2 sujets de réflexion :

- la révision de la loi hospitalière (quels éléments conserver ou retirer de l'annexe 3) ou une éventuelle attribution d'un statut spécifique via règlement grand-ducal.

- les dispositions de la nomenclature des tarifs médicaux (notamment en cas de nouvelles indications qui ne sont pas actuellement couvertes par la nomenclature).

Le représentant de la CNS indique le libellé exact de l'acte dans la nomenclature des tarifs médicaux : « Ostéodensitométrie par procédé DXA (absorptiométrie des rayons X à 2 énergies) effectuée par un médecin disposant d'un agrément du Ministre de la Santé ». Il souligne le besoin de lancer une réflexion sur les nouvelles indications et la notion de médecin disposant d'un agrément du Ministre de la Santé afin d'éviter toute insécurité juridique.

Un troisième représentant de la FHL précise que l'acte cité en amont se situe dans le chapitre Radiologie et est dès lors réservé aux médecins radiologues.

Le président de la CPH conclut que des clarifications s'imposent et il suggère une concertation interne entre le ministère, la CNS et la Direction de la santé afin de déterminer la meilleure marche à suivre. En l'absence de commentaires supplémentaires, le président propose la rédaction d'un avis favorable relatif à la demande du CHdN.

5. Avant-projet de règlement grand-ducal – Ostéodensitométrie

Le Commissaire du Gouvernement explique que le présent avant-projet de règlement grand-ducal vise à abroger le règlement grand-ducal du 18 mars 2000 fixant les conditions d'accès et d'utilisation de l'appareillage pour ostéodensitométrie au Luxembourg, devenu sans objet depuis l'adoption de la loi du 22 décembre 2023 modifiant la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui fixe notamment les conditions d'accès et d'utilisation des équipements pour ostéodensitométrie par les établissements hospitaliers au Luxembourg.

Un représentant de la FHL soulève la question de la réglementation de cet examen et suggère une révision de la liste des équipements à planification nationale avec nombre limitatif. Il argumente que le présent argumentaire repose sur l'historique du cadre réglementaire. Ainsi, il questionne l'exposé des motifs de la perspective des patients.

Le Commissaire du Gouvernement partage cette réflexion. Il précise que lors des échanges menés en vue de la révision du nombre d'appareils, cet aspect n'avait pas été abordé. Une réflexion plus large est requise. Le présent point vise à répondre au besoin et augmenter le nombre d'appareils pouvant être exploités.

Un représentant de la CNS fait le lien avec la nomenclature et évoque le risque d'insécurité juridique. En abrogeant le RGD il n'existera plus de base réglementaire pour agréer de médecins.

Un représentant de l'AMMD s'inquiète d'un potentiel flou juridique en cas d'abrogation du règlement sans nouveau cadre en place et demande des clarifications à la CNS.

Pour le représentant de la CNS soit le libellé de l'acte figurant à la nomenclature est modifié ou précisé en ce qui concerne le terme de médecin disposant d'un agrément du Ministre de la Santé, soit le Règlement grand-ducal actuel déterminant les conditions d'accès et d'utilisation de l'appareil est remplacé par un nouveau.

Le président de la CPH questionne la timeline et les intentions du M3S sur ce sujet.

Le Commissaire du Gouvernement indique que des discussions relatives à la modification de l'article 14 (5) de la loi hospitalière et la planification nationale relatif au RGD pouvant déterminer les conditions d'accès et d'exploitation sont en cours en vue de mettre en place une approche plus générique. Toutefois, il n'y a pas encore de timeline concrète. L'aspect d'insécurité juridique observée la CNS pourra néanmoins être rediscuté en interne.

Le président de la CPH remarque qu'en cas de changement de nomenclature, il faudra passer par la procédure classique qui prend plusieurs mois. Par conséquent, l'abrogation du présent règlement risque d'entraîner une éventuelle insécurité juridique pendant quelques temps.

Le Commissaire du Gouvernement propose de revoir ce point avant la prochaine séance de la CPH le 12 juillet afin de permettre une réflexion en interne.

Le président de la CPH fait remarquer qu'il s'agit d'un aspect important qui doit apparaître dans l'avis de la CPH.

Un représentant de la FHL soulève la possibilité de la mise en place d'une procédure annexe pour accélérer les démarches dans de telles situations.

Le président de la CPH rappelle qu'il y a de nombreuses démarches et procédures qui doivent être suivies. En l'absence de remarques supplémentaires, un avis prenant en compte la problématique sera rédigé.

6. HRS – Site Kirchberg - Demande d'autorisation pour l'extension et la modernisation de la chirurgie assistée par robotique pour le secteur orthopédie des salles opératoires

Un représentant des HRS présente le volet technique et médical de la demande. Il décrit le concept de chirurgie robotique lancé par les HRS en 2016 avec l'acquisition d'un premier robot MAKO pour la prise en charge de patients pour des prothèses de genoux et de hanches. Le concept des HRS envisage une standardisation dans le domaine de l'arthroplastie avec comme but une meilleure qualité des processus, une chirurgie plus précise, une récupération améliorée après chirurgie, une durée d'hospitalisation plus courte, un meilleur ratio coûts/bénéfices et de meilleurs résultats cliniques. Il donne des détails sur le type et le nombre d'interventions par chirurgie assistée ainsi que sur la durée moyenne des interventions et des séjours hospitaliers. Il explique brièvement le fonctionnement du système MAKO. La présentation cite plusieurs études et fait référence à la littérature sur l'utilisation du système MAKO au cours des 10 dernières années. Les HRS ont contribué en transmettant des données anonymisées au fabricant Stryker. L'application de l'A.I. donnera de nouvelles possibilités pour le domaine de la chirurgie robotisée.

Un autre représentant des HRS présente le volet financier de la demande. Il situe le cadre budgétaire luxembourgeois et explique l'analyse des HRS sur les opérations effectués entre 2021 et 2023. Depuis 2021 la moitié des opérations de prothèse des hanches et genoux est effectué par chirurgie robotique. Le plafond des opérations a été atteint, ce qui explique le besoin d'un deuxième robot. Le premier robot a maintenant 8 ans et devrait être remplacé. Le représentant présente une analyse des coûts / bénéfices de la chirurgie assistée par robotique dans un contexte global, à savoir des opérations moins chères, une optimisation des ressources médicales et hospitalières, des coûts de soins moins élevés, (DMS plus courte et dans le futur une hospitalisation à domicile) et des révision de prothèses moins fréquentes.

Le fabricant Stryker a présenté une offre avantageuse pour l'acquisition de deux robots (prix réduits de 33% par rapport au prix catalogue). Un return on investment peut être atteint après 3 ans pour le système luxembourgeois de santé si on ne considère que les journées d'hospitalisation épargnées et après 1 an en considérant la globalité des coûts. Le montant total des équipements s'élève à 1.237.041 TTC.

Le représentant de l'AMMD trouve que le progrès technique est remarquable et souligne le fait que les médecins suivent ce progrès. Il faut se demander pourquoi ne pas opérer par chirurgie robotique si on voit les résultats. Il s'agit d'une plus-value pour le système et pour le patient.

Un représentant de la FHL est d'accord que le travail réalisé est remarquable. Cette initiative des médecins a bénéficié du support de la direction de l'hôpital. C'est un bon exemple de l'esprit d'initiative et de la bonne prise en charge des patients au Luxembourg.

Un autre représentant de la FHL remarque que ce projet est l'exemple d'une bonne communication entre les médecins et la direction générale qui doit reconnaître les bonnes idées et les soutenir au mieux.

Le Commissaire du Gouvernement salue l'initiative des HRS pour l'optimisation du système de santé. En ce qui concerne le volet financement de la demande, il explique que les robots sont bien inscrits dans l'annexe 3 de la loi hospitalière mais avec un nombre non-limitatif. Un financement en tant qu'équipement national n'est donc pas possible vu l'absence d'une base légale pour le subventionnement. Il propose aux HRS de discuter avec la CNS s'il existe éventuellement une possibilité de financement de leur part.

Le représentant de la FHL demande si une certaine ouverture du cadre légal ne pourra se faire dans le cadre de l'article 8 (1) 3. de la loi hospitalière permettant de subventionner des projets visant une prise en charge ambulatoire des patients. Comme présenté, le projet encourage un retour accéléré à domicile avec une amélioration du réseau de soins et au futur éventuellement des opérations ambulatoires.

Un représentant de la CNS signale que des discussions sont en cours au niveau de la commission technique financière FHL-CNS en vue d'une adaptation de l'enveloppe d'investissement pris en charge par la CNS. Dans ce contexte des réflexions sont menées par rapport à une enveloppe d'investissement spécifique de robotique. Cette enveloppe avait déjà été adaptée pour la période 2022-2023 pour les équipements des robots DaVinci. Les résultats de ces discussions seront portées pour validation à l'ordre du jour du Conseil d'Administration de la CNS. L'économie au niveau des frais de fonctionnement est évidente dans le cas du robot MAKO

Le représentant de la FHL demande si la CPH marque son accord avec l'acquisition de l'équipement car l'offre que les HRS ont reçu est limitée dans le temps et requiert une décision rapide. Il souligne que les HRS ont récolté des données pendant une période de 7 à 8 ans pour démontrer les avantages de la chirurgie assistée par robotique. Il salue l'ouverture de la CNS pour discuter des possibilités de financement.

Le président résume que la CPH marque son accord avec le volet « autorisation » de la demande et qu'il y a un préjugé favorable quant au financement de l'équipement par la CNS. Un avis favorable sur l'autorisation sera rédigé pour la prochaine séance.

7. HRS – Site Kirchberg – Demande d’autorisation pour l’exploitation de lits supplémentaires au service nationale de Psychiatrie juvénile

Un invité des HRS présente la demande d’autorisation pour l’exploitation de 10 lits supplémentaires au service nationale de Psychiatrie juvénile. En tant que service nationale, les HRS ne peuvent pas refuser de patients. Le service nationale existe depuis 2004 et accueille les enfants de 13 à 18 ans souffrant de troubles psychiatriques. Il dispose d’une unité de soins aigus de 15 lits (1J) pour les enfants en état de crise et d’une unité de soins (3J) de 15 lits pour soigner surtout des troubles alimentaires. Au cours des dernières années le nombre d’urgences nécessitant une hospitalisation au service de psychiatrie juvénile a augmenté significativement et les deux unités de soins ont des taux d’occupation qui dépassent les 100%.

La présente demande se limite à l’autorisation pour l’exploitation de 10 lits supplémentaires. Il est envisagé d’installer 5 lits sur chacune des 2 unités de soins en plaçant un troisième lits dans une partie des chambres, de sécuriser les deux étages ainsi que d’installer un SAS à l’unité 3J. Des adaptations infrastructurelles dans les chambres seront nécessaires pour garantir l’intimité et la sécurité des patients.

A moyen terme l’aménagement d’un 4^e étage au bâtiment J et une augmentation du nombre de lits à 45 sont prévus. Les 10 lits supplémentaires visés par le présent projet actuel pourraient au futur éventuellement servir de lits de réserve pour disposer de 45 lits exploités et 10 lits réserve au total.

Un représentant de la CNS demande de recevoir des données sur les diagnostics traités par ce service et veut savoir combien de psychiatres sont actuellement agréés aux HRS. L’invité des HRS propose de fournir des données sur les diagnostics. Les HRS occupent 5 pédopsychiatres à temps plein à partir du 1^{er} juillet 2024. D’autres recrutements sont encore en cours.

Le président demande de préparer un avis favorable qui sera discuté lors de la prochaine réunion de la CPH.

Enfin, le représentant de la CNS met en avant la difficulté du financement de l’antenne mobile.

8. CHEM – Site Esch – Demande d’autorisation et de subventionnement relative au projet d’extension de surface du service Soins intensifs et anesthésie – LSt1

Un représentant du CHEM procède à la présentation de la demande d’autorisation et de subventionnement du projet d’extension de surface du service Soins intensifs et anesthésie. Actuellement, le nombre de lits agréés pour le service Soins intensifs et anesthésie du CHEM est de 31 lits. Le CHEM souhaite regrouper les lits et les équipes actuellement répartis sur deux bâtiments différents dans un même endroit afin de faciliter les flux de patients et l’organisation interne du service. Etant donné que le Südspidol ne devra être pleinement opérationnel qu’à partir de 2032, une remise à niveau est indispensable pour assurer une exploitation sécurisée et efficace. Concrètement, le CHEM propose de regrouper les 31 lits sur les étages 4 et 5 du site Esch via la construction d’une structure modulaire contiguë à l’actuel service de soins intensifs aux étages E4 et E5. Les intervenants du CHEM présentent les plans du projet en précisant que cette construction suspendue à 9 mètres de haut ne gênera pas le fonctionnement de la cour d’approvisionnement dans la cour intérieure. Le coût total du projet s’élève à 22.3 mio € (à l’indice 1140,51 d’octobre 2023) et la durée de construction est estimée à 30 semaines. Les

Intervenants concluent leur présentation en argumentant que le regroupement du service soins intensifs au-dessus de la cour intérieure raccourcis les trajets et permet d'optimiser les processus. En cas de pandémie, cette structure peut fonctionner de façon autonome. Enfin, il n'y a pas de conflits de planning avec les travaux de rénovation des sols autorisé séparément.

Le président de la CPH remercie les intervenants et demande si le M3S ou la Direction de la santé ont formulé des avis.

Un représentant du M3S informe que les avis OPL (Objektplanung) et TGA (Technische Gebäudeausrüstung) ont été émis. Tous deux sont favorables à la poursuite du projet en phase APS.

Le président de la CPH conclut qu'un projet d'avis favorable peut être préparé.

9. Projet de création d'un réseau de compétences diabète et obésité morbide de l'adulte

En raison d'un conflit d'agenda, le Dr Dadoun, médecin porteur du projet auprès de l'hôpital coordinateur CHL n'a pas pu assister à la séance de la CPH. Un représentant de la Direction de la santé a présenté le projet de réseau de compétences (RdC) Diabète et obésité morbide de l'adulte. Ce réseau est dans la même lignée que le RdC Diabète et obésité morbide de l'enfant, mais vise le versant adulte. Il regroupe les 4 centres hospitaliers du pays (CHL, HRS, CHEM et CHdN) tandis que le CHL est l'hôpital coordinateur du réseau. Les pathologies ciblées sont complexes et multiformes nécessitant une prise en charge complexe, multidisciplinaire et centrée sur le patient. Dans le cadre du diabète, les patients ciblés sont ceux pour lesquels il existe une priorisation initiale justifiant le recours au spécialiste et/ou aux cliniques du diabète hospitalières (diabète de type 1, diabète de type 2 avec certaines caractéristiques). Ce volet prévoit 5 parcours de soins. Il y a actuellement 18 000 patients pris en charge et il est estimé qu'il y aura environ 2000 patients supplémentaires sur 5 ans. Au niveau du volet obésité, les patients ciblés sont ceux présentant une obésité selon la redéfinition de l'OMS (IMC/BMI ≥ 40 kg/m², ainsi que IMC/BMI ≥ 35 et <40 kg/m² en priorité avec comorbidités (Edmonton 2,3,4)). La terminologie inadéquate de la loi hospitalière est évoquée, ainsi que la proposition du CGI relative à l'adaptation ultérieure de ladite loi. Le volet obésité prévoit 6 parcours avec environ 2 400 nouveaux patients par an (soit 12 000 patients sur 5 ans).

L'intervenant explique que le dossier a été évalué selon trois axes d'analyse :

- En ce qui concerne la complétude du projet au regard des éléments demandés par la loi, il est constaté que les deux volets (diabète et obésité) sont complets. Certains détails relatifs à la gouvernance et l'équipe d'animation du réseau doivent être précisés (processus dynamique avec des adaptations au cours du temps). Les principaux aspects restant à stabiliser sont les indicateurs utilisés pour l'évaluation et le monitoring du RdC ainsi que le dimensionnement complet des ressources et le budget final.
- L'analyse de la pertinence et cohérence du projet a mis en évidence de nombreux points forts, dont l'accès aux soins (amélioration de la prise en charge multidisciplinaire au niveau national). Il y a aussi une amélioration au niveau de la coordination à travers l'introduction d'un case manager, la qualité de la prise en charge, la complémentarité entre les professionnels de santé et une meilleure utilisation des ressources/compétences. Il est noté un point d'attention par rapport aux critères d'inclusion et à la terminologie obésité morbide tel que mentionné plus haut. Ces critères

devront être revus au cours du temps et il n'est pas exclu qu'ils soient réévalués et redéfinis après la mise en place du réseau. Une adaptation de la loi, tel que suggérée par le Comité de Gestion Interhospitalière (CGI) permettra d'aligner les terminologies et d'être cohérent avec l'évolution de cette pathologie.

- L'analyse de la faisabilité du projet a mis en lumière les Centres de Soins Pluriprofessionnels (CSPP). Ces structures n'existent pas encore et leur création nécessite plusieurs prérequis (dont un statut juridique et un modèle économique). Les CSPP peuvent être considérés comme un projet à part entière constituant un autre pilier de prise en charge. Le recrutement d'infirmiers en pratiques avancées (IPA) pour la fonction de case manager devra être discuté dans le cadre de la construction et de l'évolution du RdC. Enfin, il y a une montée en charge importante qui devra être réévaluée de façon régulière afin d'adapter si nécessaire les ressources (humaines et financières).

Un représentant de la FHL dans sa fonction de directeur de l'établissement coordinateur du RdC précise qu'il s'agit d'un réseau très complexe sur le plan organisationnel en raison du nombre important de patients. Ce RdC constitue un enjeu majeur de santé publique. Etant donné que ces pathologies sont le plus souvent ambulatoires, il est primordial de mettre en place un réseau cohérent et structuré incluant les médecins généralistes (souvent responsables pour le dépistage et le traitement) et les spécialistes du secteur extrahospitalier.

Le président de la CPH se rallie à ces constats en soulignant que ce réseau est très orienté vers le secteur extrahospitalier (en l'absence de complications majeures nécessitant une hospitalisation). Enfin, ces deux pathologies sont de plus en plus prévalentes d'où l'importance d'un suivi régulier de l'avancement du réseau.

Un représentant de l'AMMD fait remarquer que la définition de l'infirmier en pratiques avancées (IPA) n'a pas de cadre légal (sujet à légiférer). Par ailleurs, il constate l'absence des cardiologues dans ce projet de RdC, or les cardiologues jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients avec comorbidités et dans la prévention de leurs maladies cardiovasculaires.

Le président de la CPH confirme que des discussions devront être menées dans le cadre des IPA et lorsque de nouveaux profils infirmiers seront définis, un changement du cadre légal sera à prévoir.

Le représentant de la FHL clarifie que les différents spécialistes (cardiologues, pneumologues, ophtalmologues,...) font partie intégrante du bilan de mise au point qui est pluridisciplinaire.

Le président de la CPH conclut qu'un projet d'avis favorable peut être préparé.

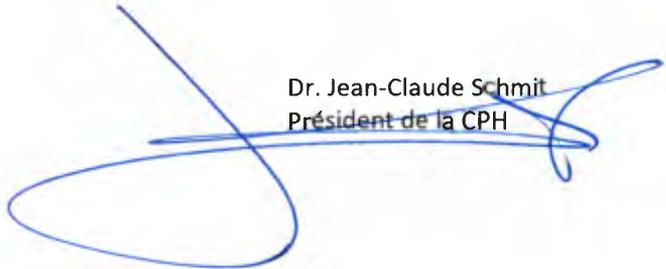
10. Divers

10.1. Dates pour séances CPH supplémentaires

Le président de la CPH informe les membres de la nécessité de rajouter des séances supplémentaires. Ainsi, la prochaine réunion de la CPH se tiendra le 12 juillet et permettra entre autres d'approuver formellement les projets d'avis. Les séances du 6 et 13 septembre seront dédiées à la discussion et à la rédaction de l'avis sur l'enveloppe budgétaire globale (EGB). Cette procédure est à réaliser tous les deux ans. L'EGB pour le financement du secteur hospitalier doit être approuvée par le Conseil de gouvernement

pour au plus tard le 1 octobre, ainsi la CPH doit émettre un avis dans un court laps de temps sachant que le rapport de l'IGSS ne sera disponible que vers fin août. Le secrétariat de la CPH averti les membres que vue la contrainte de temps, le délai de 10 jours entre la mise à disposition des documents et la séance CPH ne pourra pas être tenu.

- 12 juillet 2024
- 6 septembre 2024 : Enveloppe budgétaire globale – discussion
- 13 septembre 2024 : Enveloppe budgétaire globale – avis
- 27 septembre 2024 : réunion



Dr. Jean-Claude Schmit
Président de la CPH