



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Inspection générale de la sécurité sociale

# Cellule d'expertise médicale

## Rapport d'activité 2022

## Objectif de ce rapport :

Ce rapport d'activité a pour objectif de présenter les actions et travaux menés par la Cellule d'expertise médicale (CEM) au cours de l'année 2022. Il est accessible sur le site internet de la CEM ([www.cem.gouvernement.lu](http://www.cem.gouvernement.lu)). Une synthèse de ce document fait partie du rapport d'activité de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). Pour toute information complémentaire, vous pouvez joindre le secrétariat de la CEM ([cem@igss.etat.lu](mailto:cem@igss.etat.lu)).

**Rédaction :** Dr Isabelle ROLLAND, Mme Sandrine COLLING, Mr Anton DI LORENZO, Dr Angelina GANIEVA, Mme Pascale OSTER, Mr Michael SEMEDO.

## Les missions de la Cellule d'expertise médicale :

**Art. 65bis.** (1) *Il est créé sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale qui a pour missions :*

- 1) *De proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application ;*
- 2) *De s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie ;*
- 3) *De collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale prévue au paragraphe 2, alinéa 2 et à leur promotion auprès des professionnels de la santé ;*
- 4) *D'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier ;*
- 5) *D'assurer le secrétariat et l'appui technique du Conseil scientifique.*

*La Cellule d'expertise médicale, qui est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.*

*La Cellule peut conclure des accords de partenariat avec des services spécialisés nationaux ou internationaux en vue de la réalisation de ses missions.*

*La Cellule peut s'adjoindre des experts. Elle doit fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Ces expertises ne peuvent porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels.*

## Contenu

Liste des abréviations utilisées dans ce document.....	4
Executive summary .....	5
I. Cellule d'expertise médicale : qui sommes-nous ? .....	6
Missions et vision.....	6
Composition de l'équipe en 2022.....	6
Notre organisation et nos processus clés.....	7
Nos partenaires et notre réseau.....	8
II. Soutien pour le développement des nomenclatures des actes et services des prestataires de soins de santé .....	9
III. Avis et expertises scientifiques - orientation évaluation des actions de santé.....	20
IV. Analyse des données de santé et de sécurité sociale.....	20
V. Collaborations méthodologiques à l'élaboration et à l'établissement de bonnes pratiques médicales.....	21
Secrétariat du Conseil scientifique du domaine de la santé .....	21
Support méthodologique à l'écriture des recommandations de bonnes pratiques .....	22
VI. Les activités en lien avec l'amélioration continue de la CEM .....	23
Visibilité et transparence.....	23
Formation des professionnels .....	23
VII. Tableau 1 : Liste des saisines 2022.....	24

## Liste des abréviations utilisées dans ce document

<b>AMMD</b>	Association des Médecins et Médecins-Dentistes
<b>ATIH</b>	Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation
<b>CEM</b>	Cellule d'expertise médicale
<b>CMSS</b>	Contrôle médical de la sécurité sociale
<b>CN</b>	Commission de nomenclature
<b>CNS</b>	Caisse nationale de santé
<b>CS</b>	Conseil scientifique du domaine de la Santé
<b>EUnetHTA</b>	European network for Health Technology Assessment
<b>G-I-N</b>	Guidelines International Network
<b>GT</b>	Groupe de travail
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HTA</b>	Health Technology Assessment
<b>HTAi</b>	Health Technology Assessment international
<b>IGSS</b>	Inspection générale de la sécurité sociale
<b>INAMI</b>	Institut national d'assurance maladie-invalidité
<b>INAP</b>	Institut national de l'administration publique
<b>IQWIG</b>	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
<b>KCE</b>	Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé
<b>LIH</b>	Luxembourg Institute of Health
<b>LNS</b>	Laboratoire national de santé
<b>MiSa</b>	Ministère de la santé
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ZIN</b>	Zorginstituut Nederland

## *Executive summary*

The law reform of the healthcare system of December 17, 2010 instituted the *Cellule d'expertise médicale* (CEM). It is an intragovernmental institution, administratively attached to the *Inspection générale de la sécurité sociale* (IGSS) and is composed of a multidisciplinary team with five collaborators from different backgrounds. The staff originates from the *Contrôle médical de la sécurité sociale* (CMSS), the *Direction de la Santé* or is assigned by the IGSS.

As defined in art.65bis (1) of the Social Security Code, the missions of the CEM are to propose coefficients and descriptions for medical procedures and consultations on demand of the *Commission de nomenclature* (CN), to provide recommendations on best practices for medical devices, to elaborate and promote medical guidelines, and to analyse scientific reports about medical procedures. The Ministry of Social Security, the Ministry of Health, as well as the *Caisse nationale de santé* (CNS), may request the CEM's scientific advice. To fulfill its missions, the CEM uses different strategies and methods such as the consultation and analysis of scientific literature and reports published by international HTA agencies, study of best practices and comparison of existing practices from different countries. Analysis of available data and collaboration with external experts are also used.

During 2022, the CEM received nine requests from the Commission de nomenclature and three requests from the CNS.

The CEM also provides the secretary as well as technical and logistical support for the *Conseil scientifique du domaine de la santé* (CS). Three members of the CEM appointed by the CS is an expert in methodology in order to support its work. Three members of the CEM help the different GT's to do the bibliography and the redaction. The CEM is also deeply involved in the communication of the Conseil scientifique. You can find the activities of the CS on [www.conseil-scientifique.public.lu](http://www.conseil-scientifique.public.lu)

The CEM is member Guidelines International Network (G-I-N), and participates in working groups and relevant international conferences in line with the missions of the CEM.

## I. Cellule d'expertise médicale : qui sommes-nous ?

### Missions et vision

Nos missions sont précisées dans l'article 65bis (1) du Code de la sécurité sociale et recouvrent trois thématiques principales :

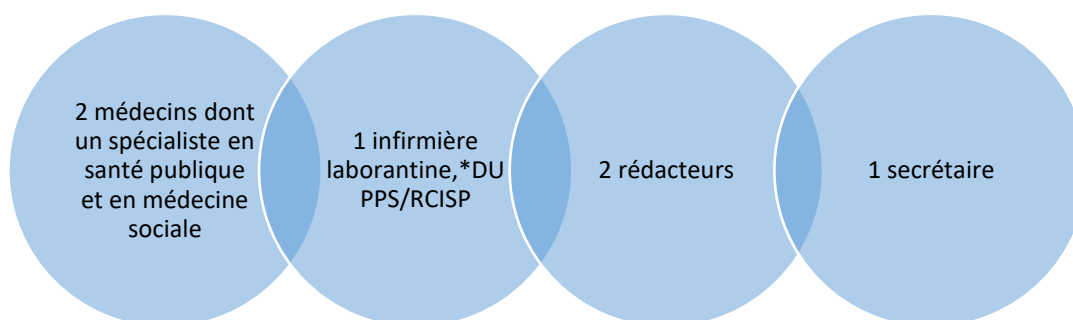
- Le soutien technique et scientifique pour le développement des nomenclatures des actes et services des prestataires de soins de santé ;
- L'évaluation scientifique des technologies de la santé, dont les dispositifs médicaux et les interventions en santé ;
- La collaboration à l'élaboration, à l'établissement et à la promotion de bonnes pratiques médicales basées sur les références scientifiques validées.

De plus, la CEM est en charge des secrétariats du Conseil scientifique dans le domaine de la santé, et de ses groupes de travail. La CEM peut aussi être saisie à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Un agent de la CEM est détaché auprès de l'IGSS lors d'une médiation.

Notre vision est de contribuer, par l'apport d'expertises dans les différents domaines de la santé publique, de méthodes scientifiques reconnues et validées au niveau international et des recommandations de bonnes pratiques, aux travaux nécessaires à l'amélioration du système de santé luxembourgeois.

### Composition de l'équipe en 2022

Une équipe pluridisciplinaire de 6 collaborateurs (5 postes à temps plein et 1 poste à mi-temps) composée d'universitaires et d'administratifs issus de différentes filières contribue à la diversité des travaux. Elle est actuellement composée par :



**Figure 1.** Equipe pluridisciplinaire de la CEM

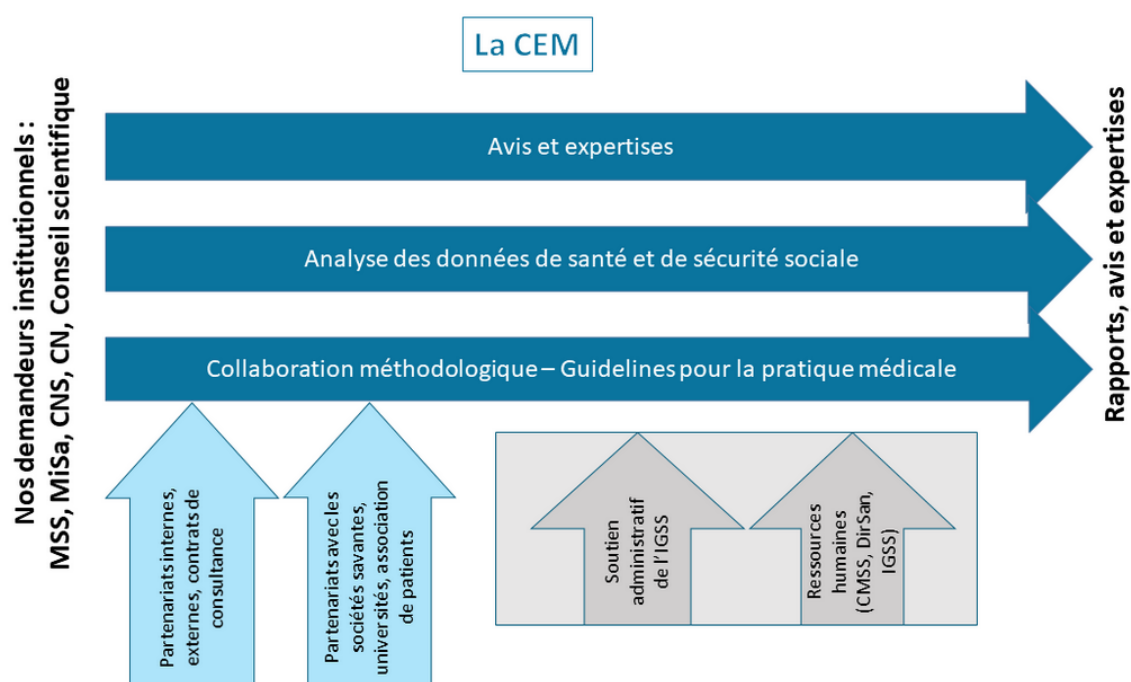
\*DU Projet en promotion de la santé

\*DU Recherche clinique, investigations en santé publique

La direction administrative est du ressort du directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). Selon la volonté du législateur, les collaborateurs sont détachés de trois administrations ; deux administrations du Ministère de la sécurité sociale (Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) et IGSS) et la troisième sous l'autorité du Ministère de la santé (Direction de la Santé).

## Notre organisation et nos processus clés

La CEM a identifié plusieurs processus clés qui décrivent ses missions. Elle les a décrits et documentés dans un manuel afin d'assurer une systématique dans son travail, maîtriser la qualité des travaux réalisés et assurer l'amélioration continue de ses procédures. Cette réflexion a donné lieu à une cartographie des processus présentée ci-dessous :

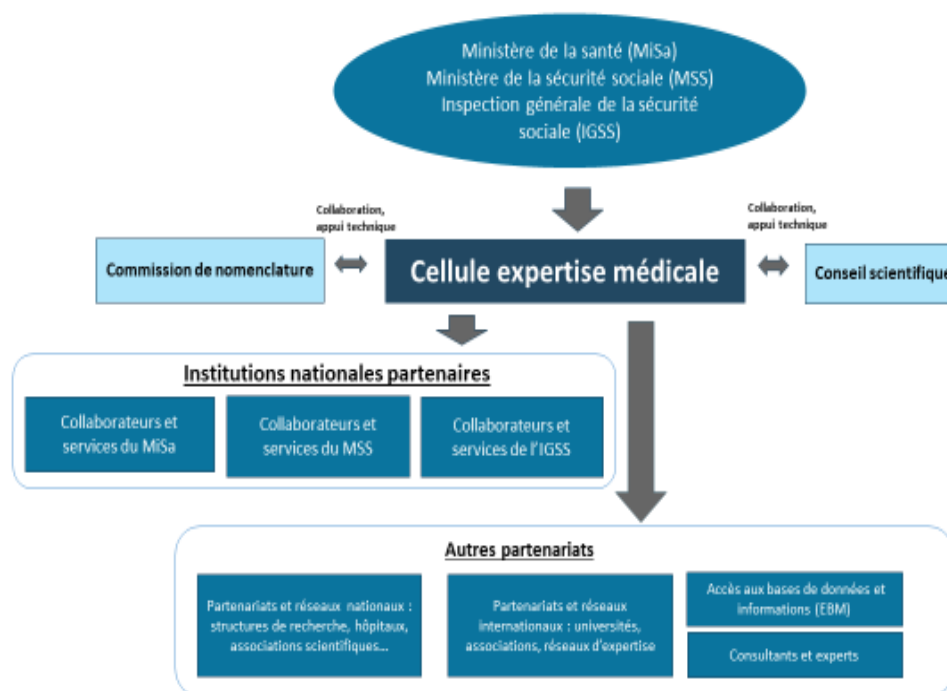


**Figure 2.** Organisation et processus clés de la CEM

Légende : MSS : Ministère de la Sécurité sociale, MiSa : Ministère de la Santé, CNS : Caisse nationale de santé, CN : Commission de nomenclature, CSC : Conseil Scientifique, DirSan : Direction de la santé, IGSS : Inspection générale de la sécurité sociale.

## Nos partenaires et notre réseau

Nos partenaires privilégiés sont les Ministères de la Sécurité sociale et de la Santé et leurs administrations respectives à travers divers groupes de travail, la Commission de nomenclature (CN), la Caisse nationale de santé (CNS) et le Conseil scientifique du domaine de la santé (CS) pour lesquels la CEM effectue des travaux ou des expertises.



**Figure 3.** Partenaires et réseau de la CEM

Pour répondre à ses missions, la CEM est membre actif de réseaux professionnels dans le domaine, de l'épidémiologie (ADELF), de la santé publique (SFP) et des guidelines (GIN). Ces réseaux facilitent l'accès à l'information et aux méthodologies scientifiques. La CEM a développé des contacts avec les administrations et instances des pays limitrophes ayant dans leurs missions l'assurance maladie. La CEM travaille aussi avec les professionnels de la santé (hôpitaux, médecins et autres professionnels de santé) et garde des contacts avec le monde universitaire.



## Au niveau international

En 2022, la CEM a poursuivi sa collaboration avec l'association **G-I-N (Guidelines International Network)** dont elle est membre.

Les informations relatives à ces réseaux sont disponibles sur le site [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net).



Figure 5. Cartographies des Organismes internationaux de référence

## ***II. Soutien pour le développement des nomenclatures des actes et services des prestataires de soins de santé***

La CEM est le partenaire scientifique de la Commission de nomenclature. Elle est saisie pour l'introduction ou la modification d'actes dans les nomenclatures et la modification d'articles du RGD du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et doit fournir, outre une proposition de libellé et de coefficient, les informations concernant les liens et les spécificités liées aux prestations. Ces éléments sont précisés dans l'article 4 du règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie.

### Remarque :

La loi du 9 août 2018 modifiant 1.- le Code de la sécurité sociale, 2.- la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg et 3.- la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale, stipule dans son article 1<sup>er</sup> à l'alinéa 13 que : « A l'article 65, alinéa 11, le terme « demande » est remplacé par les termes « peut demander » ».

<http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2018/08/09/a678/jo>

En pratique, depuis décembre 2018, la CN peut saisir la CEM si elle décide qu'un avis scientifique l'aide dans son processus de décision d'introduire ou non un nouvel acte dans une nomenclature donnée.

D'autre part, depuis 2014, le Luxembourg a entrepris la mise à jour de la nomenclature tarifaire des actes et services des médecins et médecins dentistes. Dans ce cadre, une analyse spécifique en dehors du cadre de ses missions strictes a été demandé à la CEM.

**En 2022, la CEM a été saisie 10 fois par la Commission de nomenclature ainsi que 3 demandes de la part de la CNS pour avis.**

Les avis adressés en 2022 portaient sur les sujets suivants et les conclusions de la CEM ont été :

### **1. Prise en charge d'un oxymètre de pouls dans le cadre de la Covid 19**

Conclusion générale :

La CEM recommande la surveillance par oxymétrie de pouls à l'aide d'un dispositif médical, non connecté pour éviter tout problème de transmission de données médicales, à domicile, en auto surveillance ou non, et sur prescription médicale des patients sous oxygénothérapie ou non, présentant les pathologies suivantes :

1. Maladie pulmonaire chronique avec risque de désaturation en oxygène.
2. Maladie neuromusculaire avec atteinte respiratoire.
3. Covid-19 pour les personnes à risque d'évolutions graves.

La prescription devra préciser la fréquence journalière de la surveillance, proposer un carnet de suivi et les caractéristiques de l'appareil non connecté (dispositif médical marqué CE conforme à la norme ISO 80601-2-61). (8). Dans le cas de la COVID-19, la durée de la surveillance (jusqu'à J14 après le début des symptômes ou après la date du test positif si le patient est asymptomatique) est aussi précisée.

### **2. Introduction de deux actes de chirurgie de l'appareil digestif et de la paroi abdominale**

Conclusion générale :

La CEM constate qu'effectivement, à la sous-section 1- Hernies et éventrations de la paroi abdominale, de la deuxième partie : actes techniques, chapitre 2 - Chirurgie, de la Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen, un acte au moins est manquant, celui reprenant la voie coelioscopique : « Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par coelioscopie ». Par contre, comme elle l'a déjà mentionnée à plusieurs reprises, une nomenclature tarifaire comme celle de Luxembourg définie par le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie n'est pas le lieu pour dédoubler des libellés afin de mettre en avant une technique opératoire si cette dernière n'a pas d'influence sur les variables qui permettent de définir le coefficient. Ce qui est le cas ici pour l'assistance robotique lors de l'abord par voie coelioscopique. La CEM n'est donc pas favorable à l'introduction du libellé « Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par coelioscopie avec assistance robotique ». Pour rappel le coefficient est défini à l'article 65 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale comme suit : « Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel. »

La CEM n'ayant pas été saisie lors de l'introduction du nouveau système de codage des actes mis en place par la CNS, elle laisse la CN vérifier avec le demandeur si les codes proposés sont cohérents.

La CEM rappelle aussi que les actes de chirurgie repris dans la révision de la nomenclature sont des actes dits « complets » et que donc le cumul avec d'autres actes doit être le plus exceptionnel possible. (Voir point 4.2.7 de l'avis)

Enfin la CEM a vérifié dans la littérature que l'assistance robotique dans la chirurgie de la paroi abdominale par voie coelioscopique était reconnue et avait un intérêt pour le patient. (Voir la bibliographie)

Ainsi, bien qu'elle soit réticente à l'introduction de 2 libellés ne différant que par une technique complémentaire pour une même voie d'abord et un même geste, afin de garder une cohérence dans la nomenclature actualisée, la CEM propose que les chirurgiens puissent facturer les actes de cure bilatérale d'une hernie inguinale suivant :

		Code	Coeff.
18)	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par coelioscopie	LLC12	220,38
19)	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique	LLR12	220,38
20)	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	LLA12	185,90
21)	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie	LLC13	220,38
22)	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique	LLR13	220,38
23)	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	LLA13	185,90

### 3. Cure Long-Covid : « Inscription de deux libellés de cure et deux libellés d'interruption de cure dans la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie »

Conclusion générale :

L'existence de symptômes persistants de la COVID-19, décrite depuis le printemps 2020, ne peut être ignorée. Leur incidence continue d'évoluer et leur évaluation est encore en cours. Ces symptômes sont parfois très invalidants pour les patients, mais à la date de la rédaction de cette note, leur physiopathologie n'est pas encore connue. Néanmoins ils représentent, si les patients sont aussi nombreux que prévu dans les premières estimations, un réel problème de santé publique. La CEM souligne que plusieurs organismes comme le NIH et l'OMS préfèrent parler de symptômes prolongés de la COVID-19, plutôt que de « long COVID ».

La proposition de prise en charge multidisciplinaire des symptômes prolongés de la COVID-19 dans un établissement thermal comme Mondorf Domaine Thermal, semble apporter une réponse aux besoins de certains patients d'être entourés par une équipe multidisciplinaire pendant leur rééducation.

La CEM propose que la cure T150 et le forfait T151 soient introduits dans la nomenclature des actes et des services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie. Elle suggère que des critères d'indication des différents soins soient clairement définis, afin que la prescription des différents types de rééducation par le médecin de cure soit ciblée et que l'évaluation de ces paramètres en début et fin de cures permettent d'objectiver avec le moins de biais cognitifs possibles les progrès réalisés.

La CEM suggère de ne pas considérer la bioimpédancemétrie comme un soin, cette technique n'étant pas reconnue dans la littérature comme méthode de détermination de la composition des tissus. Si elle est réalisée, la CEM propose que ce soit éventuellement comme moyen diagnostique lors du premier examen par le médecin de cure.

L'intérêt d'une cure de prise en charge pluridisciplinaire des symptômes prolongés ou d'apparition plus récente de la COVID-19 en milieu stationnaire n'est pas remis en cause. Par

contre une cure « ambulatoire » est-elle vraiment indiquée pour des patients présentant presque tous une fatigue intense, accompagnée ou non de troubles musculo-squelettiques, cognitifs, respiratoires et cardiaques ?

D'après l'analyse de la littérature, la prise en charge par la CNS d'une « cure ambulatoire mono symptomatique de rééducation olfactive et du goût d'une durée de 10 semaines (T152) » au CTS ne peut être recommandée. En effet, cette rééducation peut être réalisée à domicile et doit commencer si possible dès 15 jours après l'apparition de l'anosmie et/ou de l'agueusie.

Si la cure T152 n'est pas inscrite dans la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie, alors le forfait T153 ne devrait pas y être non plus.

Enfin la CEM suggère que les rapports de fin de cure soient aussi envoyés systématiquement en copie au médecin traitant du patient afin d'assurer une bonne continuité des soins.

#### **4. Actes médicaux Long-Covid « l'introduction de deux actes au Chapitre 7 - Forfaits médicaux pour surveillance des cures thermales de la Première partie : Actes généraux de l'annexe de la Nomenclature des actes et services des médecins »**

Conclusion générale :

Si la CN décide de voter l'inscription dans la nomenclature d'une cure thermale de prise en charge pour symptômes persistants de la COVID-19, la CEM propose de changer les codes proposés par le demandeur pour qu'ils suivent la suite logique des codes du chapitre 7 de la première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins. La CEM propose d'avoir les mêmes intitulés de libellés dans les deux nomenclatures concernées.

- Symptômes persistants de la COVID-19 pour 21 jours, code G13, Coeff. 32,16
- Symptômes persistants de la COVID-19 par journée, code G14, Coeff. 1,53

Enfin la CEM suggère aussi, comme dans la saisine 2022/03 que le rapport médical de fin de cure soit envoyé en copie au médecin traitant du patient pour assurer la bonne continuité des soins.

#### **5. Ajout d'une section 11 « Endocrinologie » au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie »**

Conclusion générale :

Par cette saisine, il s'agit d'introduire dans la nomenclature une nouvelle section 11 « Endocrinologie » au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, contenant 25 nouveaux actes. La CEM souligne qu'il ne s'agit donc pas de la mise à jour d'une partie déjà existante de la nomenclature, mais bien de l'introduction d'une nouvelle section. D'après ses missions, la CEM aurait dû analyser les nouveaux actes un par un. Comme ce travail est très long, elle a décidé, pour ne pas retarder la CN, d'analyser la proposition dans son ensemble comme cela a été proposé pour les révisions d'une partie existante de la nomenclature. Elle laisse donc la CN valider cette démarche ou faire appel à un expert externe pour avoir une analyse, libellé par libellé.

Le demandeur propose de considérer comme actes techniques des actes manifestement intellectuels, comme le bilan d'évaluation pluridisciplinaire ou l'éducation thérapeutique,

comparables aux consultations de concertation pluridisciplinaires qui devraient figurer dans la première partie de l'annexe. Par conséquent, la CEM suggère de créer dans la première partie de l'annexe de la nomenclature, un nouveau chapitre, « Chapitre 11 - Prise en charge des patients diabétiques : bilan d'évaluation, transmission du dossier et éducation thérapeutique » pour les positions 21, 22, 23, 24 et 25 qui deviendraient les positions 1 à 5 de ce chapitre.

La CEM rappelle qu'un acte doit être unique dans une nomenclature donnée pour éviter toute ambiguïté de codage. Elle suggère donc de préciser les libellés en position 5, 6, 7, 14, 18.

La CEM se demande si la proposition du demandeur est vraiment exhaustive concernant les actes techniques réalisés en endocrinologie. Il lui semble en effet que cette proposition de nomenclature ne prend pas en compte les actes techniques exploratoires de toutes les glandes endocrines mais se focalise essentiellement sur le pancréas et la thyroïde. Elle se demande aussi si les libellés d'actes fréquemment réalisés lors des consultations comme les échographies de la thyroïde (code 8E02 coef.12,20) ne devrait pas être revus. En effet, la grande majorité des actes techniques proposés ici sont cumulables avec la consultation, ce qui n'est pas le cas de l'échographie par exemple.

La nomenclature ne reprenant que des actes opposables à la CNS, des actes qui ne peuvent être prestés ne peuvent être introduits dans une nomenclature tarifaire. Ainsi tant que les deux réseaux de compétences obésité morbide et diabète de l'enfant et de l'adulte ne sont pas opérationnels, des actes conditionnels à leur fonctionnement ne peuvent être introduits. La CEM propose de supprimer toutes les mentions d'appartenance à un réseau pour que la pratique médicale des endocrinologues puisse être introduite dans la nomenclature.

En ce qui concerne les remarques 4, 5 et 6, la CEM est d'avis que des médecins non agréés dans des réseaux de compétence doivent pouvoir participer aux bilans d'évaluation pluridisciplinaires, aux réunions de concertation et aux transmissions de dossiers d'une prise en charge pédiatrique vers une prise en charge adulte car tout patient a droit à une égalité de traitement au Luxembourg. Si la proposition de créer un nouveau chapitre 11 à la première partie de l'annexe est gardée, elle rappelle qu'il faut mettre à jour les remarques concernées.

Dans le cadre d'une maladie chronique entraînant des risques de complications cardiovasculaires majeures, une séance d'éducation thérapeutique unique semble insuffisante pour la prise en charge du diabète au long cours, ne faudrait-il pas revoir la rédaction de la remarque 7 ?

Enfin, la CEM rappelle que ces actes étant tous considérés comme des actes nouveaux pour la nomenclature, ils sont introduits hors enveloppe des coefficients actuels, cela représente donc une future augmentation de l'enveloppe des coefficients à prendre en compte. A noter que la CEM n'a pas pu faire une estimation du montant de ces nouveaux coefficients, aucune fréquence d'acte à prendre en charge lui ayant été suggérée. Elle souligne que d'après l'Atlas du diabète de 2019, il y aurait en moyenne 28,6/1000 (Marge d'incertitude 20,2–43,6) habitant atteints de diabète au Luxembourg.

## **6. Ajout d'une sous-section 3 « Algologie » comprenant 12 nouveaux actes au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du chapitre 1er section 5 de la nomenclature des actes et services des médecins »**

Conclusion générale :

La CEM soutient bien évidemment l'importance de la prise en charge multidisciplinaire de chaque patient souffrant d'une douleur chronique selon les recommandations de bonne pratique reconnues et en respect du droit des patients. Néanmoins, la CEM ne peut

recommander la création dans la deuxième partie de l'annexe du RGD de juillet 2011, d'une sous-section « algologie » pour que la nomenclature tarifaire des médecins « s'adapte à la pratique du réseau de compétences émergent et faire toute la place à la prise en charge de la douleur » comme le suggère la CNS. La CEM ne peut pas non plus recommander l'introduction des libellés, des codes et des coefficients proposés dans la demande standardisée sans de nombreuses modifications. Elle rappelle que la nomenclature est un catalogue tarifaire qui renseigne entre autres les actes médicaux opposables à la CNS. Enfin elle souligne encore que l'annexe du RGD de 2011 distingue, dans sa première partie, les actes généraux comme les consultations, les visites ou les forfaits et dans sa deuxième les actes techniques, ces deux parties sont donc à respecter.

## **7. Inscription dans la première partie de la nomenclature de deux forfaits pour traitements hospitaliers stationnaires internes concernant la prise en charge de patients présentant un état de douleurs chroniques »**

Conclusion générale :

Après avoir pris en compte qu'une « consultation majorée du médecin agréé collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique » (acte C77) » est déjà inscrite à la première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins et que l'article 7 du RGD de décembre 1998 décrit les règles de mise en compte des forfaits hospitaliers, la CEM propose que la CN suive la demande de l'AMMD en inscrivant deux nouveaux forfaits pour traitements hospitaliers stationnaires dans le Chapitre 4 de la Première partie : Actes généraux de la nomenclature. Pour conserver la cohérence du Chapitre 4 – Traitement hospitalier, la CEM suggère plusieurs modifications à la proposition de l'AMMD.

La CEM propose d'inscrire dans la nomenclature les deux nouveaux forfaits dans la Section 9 avec les libellés, code et coefficient suivant :

- Forfait pour traitement d'un état de douleurs chroniques nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, par jour code F86 et coefficient 15,81
- Forfait pour traitement d'un état de douleurs chroniques nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, un dimanche ou un jour férié légal code F861 et coefficient 27,67.

Elle propose de modifier l'intitulé de la section 9 comme suit : Section 9 – Traitement hospitalier stationnaire interne soit en unité ou en service de soins palliatifs soit en unité prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques.

La remarque de la section 9 devrait être modifiée pour devenir :

REMARQUE :

1. Ces forfaits comprennent les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent pas être remplacés par ceux-ci.
2. La mise en compte des forfaits F85 et F851 est subordonnée au respect de l'application des articles 3 et 4 du règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs pris en exécution de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.
3. La mise en compte des forfaits F86 et F861 est réservée aux médecins agréés dans le réseau de compétences « douleur chronique » défini par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Enfin la CEM rappelle qu'à l'article 7 - Traitement en milieu hospitalier du RGD de décembre 1998, la mention de « médecin agréé dans le réseau de compétences douleur chronique » est

absente de la liste des médecins pouvant mettre en compte les forfaits de cette section. Elle laisse la CN décider si cette précision doit être introduite à l'alinéa concernant la section 9.

**8. Forfait ambulatoire « l'inscription dans la première partie de la nomenclature d'un forfait pour traitement hospitalier en lit d'hospitalisation de jour concernant la prise en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques »**

Conclusion générale :

Après avoir pris en compte qu'une « consultation majorée du médecin agréé collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique » (code C77) » est déjà inscrite à la première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins et que l'article 7 du RGD de décembre 1998 décrit les règles de mise en compte des forfaits hospitaliers, et qu'aucune unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques n'est décrite dans la Carte sanitaire (mise à jour 2021), la CEM ne recommande pas l'inscription d'un forfait avec un libellé aussi détaillé que proposé par l'AMMD.

La CEM reconnaissant que le traitement de toute douleur selon les recommandations de bonne pratique médicale reconnues est un impératif médical, elle propose que le forfait F90 : « Forfait par jour en cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour, pour un patient transféré à un médecin spécialiste » puisse être mis en compte pour le traitement d'un patient présentant un état de douleurs chroniques.

Si la CN suit l'avis de la CEM, l'article 7 du RGD de décembre 1998 devra être modifié pour respecter la volonté du demandeur. L'article 7 - Traitements en milieu hospitalier pourrait devenir : « Les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la 1ère partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gériatrie, médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles et dermatologie ou le médecin spécialiste collaborant avec le réseau de compétences « douleur chronique » comme défini par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Par dérogation à la disposition qui précède le forfait F92 est réservé aux médecins spécialistes en pédiatrie attachés à un service de pédiatrie. Les forfaits F90 et F92 ne peuvent être mis en compte par un médecin que pour un malade transféré avec ordonnance de transfert ou pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois.

La CEM se demande si des forfaits pour traitements hospitaliers en lit d'hospitalisation de jour peuvent être mis en compte pour des passages en polycliniques ?

**9. Inscription dans la première partie de la nomenclature de deux consultations dans le cadre des réunions de concertation interdisciplinaires concernant la prise en charge dans un réseau de compétences des patients présentant un état de douleurs chroniques »**

Conclusion générale :

Après avoir pris en compte qu'une « consultation majorée du médecin agréé collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique » (code C77) » est déjà inscrite à la première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins, que la prise en charge d'une douleur aiguë ou chronique est un droit du patient quel que soit le service et le type d'hospitalisation, que la bonne pratique en matière de prise en charge d'une douleur chronique se base sur un modèle biopsychosociale qui peut inclure l'intervention de plusieurs médecins de spécialités différentes et de plusieurs autres acteurs de santé non médecin, la CEM suggère d'inclure les deux nouveaux actes de consultation proposés par l'AMMD dans la

nomenclature des médecins. Elle propose aussi de compléter cette demande par une 3ème consultation afin de pouvoir inclure le médecin traitant du patient dans la prise en charge holistique.

Par contre, à la date de la demande, elle ne peut soutenir l'inscription des actes avec les libellés tels que proposés par le demandeur. Elle suggère d'inscrire les nouvelles consultations avec les libellés suivants au Chapitre 10 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature. L'intitulé du chapitre 10 devra être modifié et deviendra alors: Chapitre 10 - Consultations dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire :

Position	Intitulé	Code	Coeff.
4)	Consultation du médecin spécialiste rapporteur de l'évaluation interdisciplinaire et de la réunion de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique	P4	35,00
5)	Consultation du médecin spécialiste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique	P5	26,00
6)	Consultation du médecin généraliste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire concernant un patient souffrant de douleur chronique	P6	30,0

REMARQUES:

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

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

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

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

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

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



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

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

#### **10. « Supplémentation alimentaire concernant les modalités de prescriptions des compléments nutritionnels oraux pour une amélioration de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer, en état de dénutrition ou à risque de dénutrition »**

Conclusion générale :

La CEM propose de suivre les critères de recommandation de la HAS repris par le demandeur pour une prise en charge optimale des personnes atteintes d'un cancer, en état de dénutrition ou à risque de dénutrition.

Elle souligne le besoin d'évaluer régulièrement l'observance de cette supplémentation, l'état nutritionnel et le poids du patient.

Elle confirme le besoin d'adaptation des critères de dénutrition aux personnes âgées de 70 ans et plus en augmentant la valeur de l'IMC à 21 kg/m<sup>2</sup> et non 18,5 kg/m<sup>2</sup> comme pour les plus jeunes. Elle rappelle que l'albuminémie est un indicateur de sévérité de la dénutrition. Concernant les modalités de prescription, la CEM suit la proposition du demandeur concernant la première prescription qui ne doit pas dépasser un mois et permettre une évaluation toutes les semaines de l'observance du traitement et de l'évolution du poids et si besoin de la sévérité de la dénutrition (albuminémie). Elle se demande, étant donné le peu de personnes concernées par la prescription de CNO et les risques entraînés par une dénutrition, si la prolongation d'un traitement bien conduit par CNO ne pourrait pas être accordée d'emblée pour 6 mois plutôt que 3 mois afin de couvrir tout le temps du traitement anticancéreux.

En résumé, la CEM n'a pas trouvé d'élément scientifique pour refuser de suivre la proposition de la CNS. Elle propose éventuellement d'adapter les conditions de prescription des CNO comme suit :

Les compléments nutritionnels oraux sont prescrits en complément de l'alimentation et de façon transitoire.

La prescription doit être réalisée par un médecin spécialiste en oncologie ou en médecine interne.

Le médecin prescripteur précisera le cadre d'utilisation dans le respect des critères précités.

La première prescription est effectuée pour un mois maximum.

Les renouvellements de prescription sont effectués par le médecin pour 6 mois maximum après une réévaluation comprenant :

- Une analyse de l'évolution de la courbe de poids (pesée hebdomadaire);
- L'évolution de la pathologie ;
- Le niveau des apports spontanés par voie orale ;
- La tolérance de la CNO ;
- L'observance de la CNO.

**11. Le remplacement des actes inscrits au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non-chirurgicales » de la section 8 « Dermatologie » de la nomenclature des actes et services des médecins »**

Conclusion générale :

La CEM est favorable à l'évolution de l'actuelle nomenclature de dermatologie, elle laisse la CN décider quelles remarques faites au point 4.1 seront prises en compte. Le tableau joint en annexe 3 reprend acte par acte toutes les remarques ou questions de la CEM.

De manière générale elle propose :

- 1) De modifier les libellés des actes CNQ11 et CNQ12 afin qu'ils soient cohérents avec l'écriture générale des actes de la nomenclature qui ne reprend pas d'indication de pathologie.
- 2) CNQ11 « Epilation laser ou en lumière pulsée du visage », APCM
- 3) CNQ12 « Epilation laser ou en lumière pulsée du visage et/ou du cou et/ou du décolleté », APCM et de reprendre les limitations des actes : acte réservé aux dermatologues et nécessité de confirmation du diagnostic d'hirsutisme par un endocrinologue et le score de Ferriman et Gallwey en remarque 12) en dessous du tableau des actes techniques.
- 4) De mettre à jour le point 12) de l'article 10 du RGD du 21 décembre 1998 en même temps que l'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature.
- 5) D'ajouter la mention « CAT » au libellés des actes complémentaires CZA11 et CZA12, pour qu'il puissent être cumulés à plein tarif à l'acte technique correspondant selon l'article 9 alinéa 2 du RGD.
- 6) De limiter le nombre de séances de photothérapie dynamique par patient par année.
- 7) Elle se demande si 6 séances d'épilation par laser ou lumière pulsée doivent être prises en charge chaque année. Elle propose de revoir la proposition de périodicité annuelle de la prise en charge.
- 8) La CEM rappelle qu'elle a émis un 2e avis concernant la présente saisine, au sujet de la modification sollicitée de l'article 15 du RGD et invite à la lecture de celui-ci.
- 9) La CEM souligne qu'il ne fait pas partie de ses missions de vérifier le contenu de la formation des spécialités médicales, elle suggère donc au demandeur de s'adresser aux organismes compétents s'ils craignent de limiter les pratiques médicales de certaines spécialités médicales pourtant compétentes selon leur formation.

**12. Modification de l'article 15 du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, en lien avec le remplacement du tableau des actes techniques de la section 8 « Dermatologie » à la deuxième partie « Actes techniques » du chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non-chirurgicales » de la nomenclature des actes et services des médecins**

Conclusion générale :

La CEM laisse la CN décider de l'applicabilité sans amendement de la proposition de modification de l'article 15 du RGD du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, mais attire l'attention sur les conflits que l'ajout de l'alinéa proposé engendrerait avec le reste dudit RGD.

La CEM souligne que les modifications suivantes doivent être envisagées par le demandeur pour répondre à sa volonté d'utilisation de la lettre M

- Ajout du suffixe « M » avec un coefficient à 1,08 à l'article 4, alinéa 3 et modification de l'article 8 en conséquence.
- Suppression de l'alinéa 2 de l'article 15 dudit RGD actuel, s'il ne concernait que des actes de l'ancienne nomenclature de dermatologie qui doit être remplacée d'après la saisine 2022-7A.
- Modification de l'alinéa 3 de l'article 15 du RGD pour supprimer la mention de la lettre « M ».

**13. Orthèse de cheville « Analyse de la demande d'évaluation scientifique des dispositifs médicaux : Attelles de mobilisation, à traction externe – Appareils de thérapie CPM (mobilisation passive continue) »**

Conclusion générale :

Pour que le doute sur l'efficacité de cette technique bénéficie à l'assuré, la CPM ayant montré un intérêt éventuel dans la rééducation de la cheville sur une petite cohorte de 44 patients, la CEM propose que la CNS prenne en charge la location d'attelle de mobilisation passive continue de la cheville pour une période de 3 semaines. Le forfait de livraison de l'appareil (y compris l'enlèvement) et d'installation de l'attelle de mobilisation de la cheville, avec instrument à domicile, devra être réalisé par le personnel de la firme qui loue l'appareil. (Cf condition Suisse)

Cette location d'appareil pourrait être prise en charge après accord du Contrôle médical (ACM), précisant que la mobilisation a été mise en route en postopératoire direct. Un renouvellement de 3 semaines du traitement pourrait être pris en charge sur motivation détaillée du chirurgien ayant opéré la fracture de la cheville et APCM.

La CEM propose que cette prise en charge soit réévaluée par la CNS d'ici 2 années.

### **III. *Avis et expertises scientifiques - orientation évaluation des actions de santé***

De par leurs expertises en santé publique et leur connaissance du système de sécurité sociale du pays, les collaborateurs de la CEM ont participé à plusieurs groupes de travail (GT) et commissions institués sous l'égide des Ministères de la Santé et de la Sécurité sociale ainsi que des assurances sociales.

#### **Au niveau national :**

Plan National Maladies Rares (PNMR) 2018-2023.

La CEM a continué à participer aux travaux de deux groupes créés dans le cadre du PNMR pour d'une part, mettre en place une première ligne de support pour les patients (helpline), faciliter l'accès à l'information concernant les maladies rares par la création d'une maison des maladies rares et d'autre part, réaliser le recensement des maladies rares présentes au Luxembourg. Le Plan National Maladies Rares est accessible sur le site : <https://sante.public.lu/fr/espace-professionnel/plans-nationaux/maladies-rares.html>

#### **Les aides ponctuelles :**

Dans le cadre du « Gesondheetdesch » créé en 2020, la CEM a été sollicitée par l'IGSS pour interpréter plusieurs implications médicales de la pratique ambulatoire dans le secteur hospitalier et a participé à la rédaction de cahiers statistiques de l'IGSS. (Accueil Gesondheetsdësich (gesondheetsdesch.lu).

### **IV. *Analyse des données de santé et de sécurité sociale***

Connaître ce que l'on dépense et comprendre pourquoi on le dépense est un des moyens d'appréhender les problèmes de santé d'une population. C'est donc un des domaines de recherche de la CEM qui doit pouvoir argumenter le bien fondé des avis à la suite des saisines de la Commission de nomenclature, être capable d'interpréter des données pour valider des études économiques et éventuellement mettre en évidence des problèmes de santé publique ou de pratiques médicales qui pourraient bénéficier d'une mise au point par le Conseil scientifique du domaine de la santé.

La CEM a collaboré avec le service Etudes et Analyses (E&A) de l'IGSS offrant son support médical concernant différents travaux d'analyses statistiques demandés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Elle aide aussi la Direction de la santé dans la construction d'indicateurs pour établir la carte sanitaire.

La CEM a aussi aidé le service Etudes et Analyses de l'IGSS à répondre à plusieurs questions parlementaires nécessitant la production et l'interprétation de données de santé.

## V. *Collaborations méthodologiques à l'élaboration et à l'établissement de bonnes pratiques médicales*

### *Secrétariat du Conseil scientifique du domaine de la santé*

La CEM assure le secrétariat du Conseil scientifique du domaine de la santé (CS). Cet appui est non seulement administratif mais aussi logistique et technique que ce soit pour les membres nommés au CS ou pour les différents membres des groupes de travail.

En 2022, le CS s'est réuni quatre fois en séance plénière, onze groupes de travail se sont réunis et une entrevue avec les Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale a eu lieu.

Dans le cadre du projet de communication du Conseil scientifique, les vidéos mentionnées ci-dessous ont été mises en ligne en 2022.

La CEM écrit le script des vidéos qui sont ensuite mises en image par une société de communication.

La CEM est responsable de tout le processus de production de ces animations. Pour respecter le contexte multilingue du Luxembourg, les vidéos destinées aux patients sont réalisées et sous-titrées dans les 3 langues principales du pays : le luxembourgeois, le français et l'allemand.

Vidéos publiées en 2022 :

1. Les troubles du sommeil expliqués aux patients  
Schlafstörungen: Patienteninformation
2. Le risque cardio-vasculaire expliqué aux patients  
Das kardiovaskuläre Risiko: Patienteninformation
3. Les lombalgies expliquées aux patients  
Akute Rückenschmerzen: Patienteninformation

Toutes ces publications, vidéos ainsi que le rapport d'activité sont accessibles sur le site internet du Conseil scientifique. Toutes les informations utiles sur le Conseil scientifique du domaine de la santé peuvent être trouvées sur (<https://conseil-scientifique.public.lu/fr.html>)  
Le Conseil scientifique est membre de l'association G-I-N (Guidelines International Network) et bénéficie des informations méthodologiques mises à disposition ([www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net)).

## *Support méthodologique à l'écriture des recommandations de bonnes pratiques*

La CEM met à disposition du Conseil scientifique ses compétences en matière de promotion de la santé pour l'écriture et la diffusion des recommandations de bonne pratique dans plusieurs groupes de travail. Au moins un membre de la CEM participe à la grande majorité des groupes de travail.

Le Conseil scientifique a publié au cours de l'année 2022, 13 recommandations et mises à jours de ses recommandations ainsi que 3 vidéos en langues française et allemande destinées au grand public.

### Recommandations publiées:

1. L'utilisation du molnupiravir dans le traitement de la COVID-19 (mise à jour 2022)
2. L'utilisation de PAXLOVID® dans le traitement de la COVID-19 (mise à jour 2022)
3. Recommandation sur le bon usage des immunoglobulines polyvalentes
4. Traitement précoce de la Covid-19 chez les patients à risque accru de formes sévères
5. L'utilisation des anticorps monoclonaux (ACMC) dans la prise en charge de la Covid-19 - mise à jour juin 2022
6. Recommandation pour l'organisation d'une hospitalisation à domicile à l'exemple de la dialyse à domicile (2022)
7. Recommandation pour l'organisation d'une hospitalisation à domicile à l'exemple de la dialyse à domicile - Parcours patient (2022)
8. Violences gynécologiques et obstétricales - version patients (2022)
9. La chirurgie ambulatoire - Prise de position du Conseil scientifique du domaine de la santé
10. Céphalées aiguës et chroniques non traumatiques : rôle de l'imagerie médicale – version longue
11. Céphalées aiguës et chroniques non traumatiques : rôle de l'imagerie médicale – arbre décisionnel
12. Céphalées aiguës et chroniques non traumatiques : rôle de l'imagerie médicale – version patient
13. Intervention chirurgicale chez les patients sous traitement antiplaquettaires

## **VI. Les activités en lien avec l'amélioration continue de la CEM**

### *Visibilité et transparence*

- La CEM, attachée aux principes de la gestion par la qualité, met régulièrement à jour ses procédures et son site Internet ([www.cem.gouvernement.lu](http://www.cem.gouvernement.lu))
- Elle a aidé le CS à écrire son manuel de procédures.

### *Formation des professionnels*

Les formations suivantes ont été suivies par des collaborateurs de la CEM en 2022 :

- Tous les agents de l'IGSS dont ceux de la CEM ont suivi une formation de premier secours
- Formation IGSS « ODOO »
- Formation IGSS « Archivage »
- Formation d'une collaboratrice, Diplômes d'université - Projet en promotion de la santé et Recherche clinique investigations en santé publique à l'Université de Lorraine – Ecole de Santé Publique – Nancy (F)
- Formation d'une collaboratrice, déléguée à l'archivage pour le Conseil scientifique

## VII. Tableau 1 : Liste des saisines 2022

No. Courant CEM	Organisme demandeur	Date demande à C.N.	Date demande entrée à la CEM	Date limite avis CEM	Date avis CEM
2022-01	CNS: Prise en charge d'un oxymètre de pouls dans le cadre de la Covid 19	19/01/2022	13/12/2021 par courrier 19/01/2022 par mail	19/08/2022	09/02/2022
2022-02	CN: Actes gastro-entérologie	25/01/2022	31/03/2022 par mail	30/09/2022	20/04/2022
2022-03	CN: Cure Long-Covid	28/01/2022	31/03/2022 par mail	30/09/2022	14/06/2022
2022-04	CN: Actes médicaux Long-Covid	10/03/2022	31/03/2022 par mail	30/09/2022	14/06/2022
2022-05	CN: Endocrinologie	24/03/2022	15/06/2022	16/12/2022	01/12/2022
2022-06	CN: Algologie	24/03/2022	15/06/2022	16/12/2022	29/09/2022
2022-07	CN: Forfait stationnaire douleur	08/06/2022	17/06/2022	19/12/2022	05/10/2022
2022-08	CN: Forfait ambulatoire douleur "Urgent"	08/06/2022	17/06/2022	19/12/2022	05/10/2022
2022-09	CN: Consultation pluridisciplinaires douleur "Urgent"	08/06/2022	17/06/2022	19/12/2022	16/11/2022
2022-10	CNS: Supplémentation alimentaire	07/07/2022	07/07/2022	12/12/2022	12/07/2022
2022-11/A-2022 - 11/B	CN: Dermatologie	28/06/2022	11/07/2022	11/01/2023	22/12/2022
2022-12	CNS: Orthèse de cheville	02/08/2022	04/08/2022	04/02/2023	07/10/2022