

Editorial

Le 8^e Info-Point du Collège médical innove quelque peu en ouvrant une nouvelle rubrique: « Nos lecteurs nous écrivent ... »

Elle sera désormais à votre disposition à l'exemple du Dr Charles BONERT.

Celui-ci nous fait parvenir ses réflexions poignantes sur l'application, aux acteurs du terrain, du règlement grand-ducal du 28.04.2009 concernant les soins palliatifs; un cadre réglementaire et administratif compliqué est appliqué à l'exercice d'une médecine palliative pragmatique qui a toujours existé!

Vous trouverez dans ces pages d'autres informations ayant trait au travail du Collège médical et notamment à sa mission établie par la loi (voir entre autres l'article: Chronique de jurisprudence).

Le Collège médical s'inquiète du nombre de plaintes envers les professionnels de santé. Un mécontentement général règne dans notre société et la profession médicale y est très exposée du fait de la croyance - erronée - à la « toute-puissance » de la médecine et à la nécessaire « toute-perfection » des femmes/hommes en blanc. D'après nombre de nos concitoyens celles/ceux-ci devraient être à la fois fins psychologues, prêtres-confesseurs, serviteurs dévoués et compétents pour presque tous les problèmes de la vie sociétale !

Renseignements pris, la Patiente Verriedung traiterait jusqu'à 10 (!!) plaintes par jour et ne transmettrait au Collège médical que la pointe de l'iceberg.

Heureusement, après analyse, nombre de plaintes n'entraîne pas de suites disciplinaires.

Toutefois le Collège médical regrette qu'il en reste trop qui sont justifiées.

Pour pouvoir gérer ces plaintes de façon équitable et contradictoire le Collège médical a besoin de votre soutien et de vos informations. Il vous prie d'accepter avec modération ses demandes de prise de position de votre part au sujet d'une plainte, certes un travail supplémentaire pénible à réaliser à côté de toutes les autres contraintes de notre profession.

Le Collège médical constate que la plupart des plaintes sont dues à un manque de communication respectivement d'information entre les parties contractuelles médecin - patient.

Dans le domaine de la communication et de l'information nous pourrions tous faire un effort. Appliquons également plus de rigueur aux règles d'établissement d'un certificat; de nombreuses plaintes se rapportent à ce domaine notamment aux certificats pour absences d'élèves aux lycées. Je renvoie pour ceci à un traité sur le certificat médical dans ces pages ainsi qu'à un article à l'Info-Point n°2 de 2007, que vous pourrez retrouver sur notre site internet.

Enfin après 19 ans de gestation, le code de déontologie des pharmaciens, déjà annoncé pour 2007, est né. Après le « baptême ministériel » vous pourrez l'admirer en cliquant sur www.collegemedical.lu.

Je souhaite à nous tous une bonne trêve estivale.

Dr Pit BUCHLER

Evolution du nombre de médecins, médecins-dentistes et pharmaciens inscrits au Collège médical :

	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	15.12.2008	31.12.2009
Médecins:	1385	1463	1540	1603	1660
Médecins-dentistes:	358	379	406	423	427
Pharmaciens:	318	449	466	497	513

Chronique de jurisprudence

Mais pourquoi donc une chronique jurisprudence ? Au moins deux explications peuvent être avancées :

- d'une part, la nature des missions du Collège médical est très souvent méconnue voire ignorée,

- d'autre part, il nous semble indispensable d'informer les professionnels.

Les missions, du collège médical, sont définies à l'article 2 de la loi du 8 juin 1999 qui a été publiée au Mémorial A numéro 84 du 29 juin 1999. Cet article 2 est en quelque sorte l'ordre de mission du collège médical. Il y a quatre missions fixées, par le législateur, au collège médical.

Le collège médical est chargé :

premièrement, de veiller à la sauvegarde de l'honneur, de maintenir et de défendre les principes de dignité, de probité, de délicatesse et de compétences devant régir les professions de médecins, de médecins-dentistes et de pharmaciens ;

deuxièmement, de veiller à l'observation des règles déontologiques s'appliquant aux médecins, aux médecins-dentistes et aux pharmaciens ;

troisièmement, d'étudier toutes les questions relatives à l'art de guérir la santé dont il sera saisi par le Ministre de la Santé, ou dont il jugera utile de se saisir ;

et enfin, quatrièmement, d'émettre un avis sur tous les projets de lois et de règlements concernant les professions de médecins, de médecins dentistes, de pharmaciens ou d'autres professions de santé, ou encore relatives au secteur hospitalier.

En effet, le législateur a confié à certains professionnels un monopole en matière de soins. Pour accéder à ces professions, le législateur exige que les

professionnels suivent des études particulières.

Mais, au-delà de l'accession à la profession, le législateur exige de ces professionnels qu'ils exercent leur profession dans le respect de règles techniques ou scientifiques c'est la notion de données acquises de la science mais aussi, qu'ils respectent un certain nombre de règles morales. Les deux premières missions du Collège médical ont trait à des questions susceptibles de voir mettre en œuvre les dispositions prévues au chapitre 5 de la loi intitulée : de la discipline et de la procédure en matière disciplinaire.

Le Collège médical assume ici un rôle de protection des patients.

Mais, au-delà de la simple mise en oeuvre des dispositions prévues par la loi, il semble utile d'informer l'ensemble des professionnels du résultat de certaines instances disciplinaires.

A) Un praticien a été récemment condamné à une amende pour port illégal de titres. Le Collège médical est trop souvent confronté à des praticiens qui utilisent des titres professionnels plus ou moins fantaisistes, ou auxquels ils n'ont pas droit. Leur défense est très souvent de dire : « je ne savais pas, l'erreur est humaine ». S'il est vrai que le proverbe dit : « l'erreur est humaine », on oublie toujours de citer la suite de la phrase : « persévérer est diabolique ». Il existe une procédure pour faire reconnaître les titres professionnels. Nous vous prions instamment de la respecter. Ceci sera à l'avantage de tout le monde : aussi bien des professionnels qui pourront porter des titres auxquels ils ont droit, que des patients qui bénéficieront d'une information loyale.

B) Deux jugements du Conseil supérieur de discipline ont récemment permis d'établir une

jurisprudence quant à la compétence du Conseil de discipline.

Certains praticiens poursuivis devant le Conseil de discipline démissionnaient le jour de la première audience afin d'échapper aux poursuites. Le conseil supérieur de discipline a, dans deux arrêts, rejeté ce point de vue. Le conseil supérieur de discipline a retenu, pour l'essentiel, l'argumentation présentée par le collège médical selon laquelle rien dans la loi n'exonère un praticien de sa responsabilité professionnelle. Cette responsabilité est engagée à partir du moment où le professionnel a agi dans le cadre de sa profession, et qu'il était bien inscrit comme tel dans le registre professionnel, qu'il s'agisse du registre professionnel tenu par le collège médical, ou de celui tenu par le Ministère de la Santé. C'est donc bien le moment où les faits ont été commis qui détermine la compétence du conseil de discipline.

Ce point est important. Trop souvent, les professionnels exercent dans deux ou trois pays et tentent ainsi d'échapper à leurs responsabilités, en demandant leur radiation des registres professionnels. Ceci ne sera plus possible à l'avenir.

C) Un professionnel, qui avait déjà été condamné pour des faits d'exercice illégal de la médecine à quatre mois d'interdiction d'exercer sa profession avec sursis, a été condamné en appel à une peine d'interdiction d'exercer la profession de médecin dentiste de 12 mois fermes. Il est donc en train de purger une peine d'interdiction de 16 mois. Ce médecin-dentiste faisait travailler ses assistantes en bouche. Dans l'état actuel de la législation luxembourgeoise, il s'agit purement et simplement d'exercice illégal de la médecine.

Le certificat médical rétroactivité ? de l'intransigeance légale à la justification médicale

De l'intransigeance légale

L'article 45.al 2 de la Convention liant le médecin à la CNS en exécution de l'article 61 du Code des Assurances dispose : « *Le médecin ne peut attester l'incapacité de travail sans avoir examiné la personne protégée **au jour de l'établissement du constat** (...)* ».

Les articles 25 et 26 du Code de déontologie médicale imposent d'une part au médecin d'établir le certificat sur base des : « *constatations médicales qu'il est en mesure de faire* », interdisant d'autre part l'établissement d'un : « *rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance* ».

Pour l'ouverture de la prise en charge en cas de maladie l'article 168 des statuts de la CNS dispose : « *L'indemnité prend cours le premier jour de l'incapacité, à condition qu'elle soit déclarée à la caisse de maladie **au plus tard le troisième jour moyennant un certificat établi le premier ou au plus tard le deuxième jour*** » :

Il s'ensuit que la rétroactivité d'un certificat médical à un jour est légalement justifiée, justification qui ne semble pas admise par la jurisprudence: « *un certificat médical n'a pas de valeur probante en ce qui concerne la période de temps antérieure au contrôle, alors que le médecin ne peut pas valablement attester l'état de maladie pour une date antérieure au contrôle et émettre des certificats rétroactifs.* »
Tribunal de travail Luxembourg 1^{er} juillet 1993, rôle 2496/93.

De la justification médicale

Malgré l'intransigeance légale, le Collège médical a conscience qu'en pratique un médecin peut être amené dans des circonstances médicales exceptionnellement justifiées par la pathologie en cause à antidater un certificat médical.

Dans une telle situation, le Collège médical recommande au praticien de rajouter au certificat qu'il établit la mention « *médicalement justifiée* ».

Pour autant il est bien entendu que cette démarche n'est pas légère et qu'elle ne constitue ni un moyen de se détourner des dispositions légales, ni un moyen d'affranchir le médecin des suites pénales, civiles et disciplinaires qu'il est susceptible d'encourir pour avoir établi un certificat de complaisance.



Pacemakers et défibrillateurs implantables

Quel est le devenir des stimulateurs cardiaques et des défibrillateurs(DCI) après le décès des patients chez qui ils ont été implantés?

C'est une situation que tout médecin établissant des constats de décès peut rencontrer.

S'il semble clair, à l'heure actuelle que tous les boîtiers, pacemakers ou DCI doivent être enlevés avant crémation ou inhumation et éliminés par la suite par un collecteur de déchets toxiques, la question de savoir qui doit procéder à l'explantation l'est moins.

Est-ce qu'un médecin spécialiste en médecine générale doit être capable d'enlever le matériel ?

La réponse selon le Dr. Beissel, Président de la Société Luxembourgeoise de Cardiologie, est nuancée.

S'il est facile d'enlever un pacemaker, à condition de disposer d'un minimum de matériel chirurgical et d'une expérience minimale en chirurgie, ceci n'est pas le cas pour les DCI (défibrillateurs cardiaques implantables). Ces DCI doivent être désactivés avant ablation soit par le centre hospitalier où le DCI a été implanté soit par celui qui assure les contrôles de routine de l'appareil. Pour certains appareils, la firme qui a livré le

DCI peut se déplacer pour assurer la désactivation.

En Belgique, l'article 28 de la loi du 10 mars 2006 de la communauté flamande précise que *le médecin qui signe l'acte de décès est responsable de l'explantation et doit prendre contact avec le centre de référence ou bien le cardiologue référent.*

On peut donc conclure raisonnablement que:

- les pacemakers et DCI doivent être enlevés avant crémation ou inhumation
- que les médecins généralistes peuvent disposer des compétences requises pour procéder à l'extraction des pacemakers mais peuvent dans le cas contraire refuser cet acte
- les DCI nécessitent une désactivation préalable par les médecins spécialistes en cardiologie, les centres hospitaliers ou le fabricant.

Des textes réglementaires devraient préciser la condition d'extractions, le suivi et la décontamination des boîtiers, ainsi que l'acheminement de ces derniers au fabricant et/ou leur entreposage au collecteur de déchets.

Le Collège médical a donc demandé au Ministère de la Santé de légiférer en la matière.

Nous avons lu pour vous :

Article publié au « Luxemburger Wort » / 10 juin 2010

Der EuGH und die Apotheken: Auf ein Neues!

VON PATRICK GOERGEN

Im Krankheitsfall ist jeder froh, wenn der Weg zur nächsten Apotheke nicht allzu weit ist. Nationale Vorschriften des Apothekenrechts beschäftigen immer wieder den Europäischen Gerichtshof in Luxemburg. Diesmal hatte er sich mit der räumlichen Verteilung von Apotheken zu befassen. Hierzu hatte ein spanisches Gericht in zwei ähnlichen Sachverhalten den Gerichtshof angerufen, um zu klären, ob das spanische Apothekenrecht, das die Eröffnung neuer Apotheken am Bedarf orientiert, mit der unionsrechtlichen Niederlassungsfreiheit in Einklang stünde. Danach ist in bestimmten Regionen Spaniens die Neueröffnung einer Apotheke * nur erlaubt, wenn in dem betroffenen Gebiet eine Mindestanzahl von 2 800 Einwohnern pro Apotheke berücksichtigt wird und der Abstand zwischen den Apotheken mindestens 250 Meter beträgt. Zunächst hat der EuGH klargestellt, dass das Europarecht die

Kompetenz der Mitgliedstaaten unangetastet lasse, ihre Sozialsysteme, wozu auch die Organisation des Gesundheitswesens gehört, nach ihren Vorstellungen auszugestalten – solange sie dabei jedoch nicht mit dem Recht der Union in Widerspruch geraten. Die Beschränkung der Zahl der Apotheken stelle eine Beschränkung der freien Niederlassung dar. Fraglich war jedoch, ob diese gerechtfertigt ist. Nach ständiger Rechtsprechung des Luxemburger Gerichts ist dies der Fall, wenn die Regelung die Bewerber nicht aufgrund ihrer Nationalität diskriminiert, ein legitimer Zweck verfolgt und dieses zu erreichen auch geeignet und erforderlich ist. Die spanische Regelung verfolge, ohne dabei diskriminierend zu wirken, das im Unionsrecht verankerte Ziel des Gesundheitsschutzes durch sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Was die Eignung der Regelung betreffe, stellte der EuGH nicht in Frage, dass ohne eine derartige

Verteilung Apotheker die Niederlassung in bevölkerungsstarken Gebieten bevorzugten, da diese rentabler sind, und im Gegenzug Gebiete mit geringerer Dichte – und daher weniger attraktiv – ohne ausreichende Versorgung wären. Dennoch gab er zu bedenken, dass eine strikte Anwendung der Kriterien nicht zu begrenztem Zugang für Menschen in Gebieten mit demografischen Besonderheiten führen dürfe. In Gebieten mit geringer Bevölkerung könne die Mindesteinwohnerzahl zu weiten Anfahrtswegen führen, während Gebiete mit viel Bevölkerung durch den Mindestabstand unter Umständen unterversorgt sein könnten. Um dies zu vermeiden, müssen die Behörden im Einzelfall Neueröffnungen auch bei geringerer Einwohnerzahl oder Entfernung erlauben. Sofern dies auch die beiden klagenden Apotheker betrifft, sind entsprechende Ausnahmen zu machen. Eine weitere Frage des spanischen Gerichts betraf die Krite-

rien für der Auswahl der Apotheker. Hier hat der Gerichtshof festgestellt, dass die Bevorzugung von Apothekern, die zuvor in der spanischen Region tätig waren, Bewerber aus anderen Mitgliedstaaten benachteilige und eine verbotene Diskriminierung darstelle.

EuGH, 1. Juni 2010, Blanco Pérez und Chao Gómez, C-570/07 und C-571/07

Glossar

Neueröffnung einer Apotheke: In Luxemburg entscheidet das Gesundheitsministerium über die Eröffnung neuer Apotheken auf Grundlage der großherzoglichen Verordnung vom 27. Mai 1997. Die Einwohnerzahl pro Apotheke ist gesetzlich nicht strikt vorgeschrieben. Der Minister lässt sich aber vom Kriterium von einer Apotheke auf 5 000 Einwohner leiten, wobei er zu gibt, dass dieses Kriterium allein nicht immer zu einem zufriedenstellenden Resultat führt.

Nos lecteurs nous écrivent ... :

Dr Charles BONERT

Objet: Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 concernant les soins palliatifs.

« *Le droit aux soins palliatifs (...) est ouvert sur déclaration présentée par le médecin traitant sur un formulaire spécial comprenant un volet administratif et un volet médical (...)* ».¹

Donc, et ceci d'après la loi, nous n'avons pas droit aux soins palliatifs sans formulaire spécial, en l'occurrence le carnet de soins de la personne soignée en fin de vie.

L'Art. 4 du même règlement grand-ducal précise que : « *le droit aux soins palliatifs expire dans le délai de trente-cinq jours à partir de la date de son ouverture. À titre exceptionnelle² le Contrôle médical de la sécurité sociale peut accorder la prorogation du droit aux soins palliatifs pour une ou plusieurs périodes supplémentaires de trente-cinq jours sur initiative dûment motivée du ou des médecins traitants* ».

Nous tous avons donc, malgré tout, droit à 35 jours pour mourir en dignité, sauf exception évidemment. Le législateur, dont je ne doute pas de l'honnêteté, suppose par conséquent que les médecins sont capables de prévoir à 1 mois près la fin d'une vie. Ceci relève plutôt de la prescience que de la science proprement dite.

Or certaines gens peuvent mal mourir pendant des années. Nous les soignons évidemment par un traitement palliatif adapté aux circonstances sans recourir au carnet de soins parce que nous ne connaissons pas la date de leur fin. Le début de la mort peut durer et sa fin aussi.

Il peut ainsi exister des traitements palliatifs qui se résument à une simple analgésie avec prise en charge minimale qui ne nécessitent pas la mise en route de la procédure palliative officielle. Cela peut poser problème, notamment au niveau des Maisons de Soins, parce que pour certains soignants³ le traitement palliatif n'existe que s'il est couvert par le titre de prise en charge.

Je m'explique par un exemple : Melle ID (85 ans) se trouvant dans un stade avancé de la maladie d'Alzheimer souffre en plus d'un cancer de l'endomètre, récemment découvert. Ce cancer est inopérable parce que déjà disséminé dans le petit bassin. Sa famille a été mise au courant de la situation par le gynécologue, le cancérologue et par moi-même. Nous avons proposé une abstention thérapeutique ainsi qu'une gestion palliative des pathologies actuelles et à venir de Melle ID. Dans ce contexte j'ai également expliqué à la famille qu'une éventuelle hospitalisation urgente pour une tierce pathologie (sauf exception) ne serait qu'acharnement thérapeutique. Comme la patiente ne présente pas encore de complications de sa maladie cancéreuse, comme elle n'a pas mal et comme elle ne nécessite pas plus de soins qu'auparavant, il n'y a pas encore de raison suffisante pour initier l'ouverture de la procédure du droit aux soins palliatifs. Mais comme pour certaines infirmières le traitement n'est palliatif que s'il est officiel, elles téléphoneraient, en l'absence du médecin traitant habituel, au médecin de garde en cas de pathologie sérieuse intercurrente. La patiente risque ainsi d'être hospitalisée malgré le principe contraire convenu avec la famille.⁴

Pour éviter ces situations tout aussi ambiguës que malheureuse des instructions claires et précises doivent exister de la part du médecin traitant pour pouvoir gérer les situations palliatives « **non officielles** », ceci dans l'intérêt du malade et de ses proches.

Un deuxième problème en rapport avec le règlement grand-ducal en question est le fait qu'il produit une charge administrative considérable pour le médecin qui doit initier la procédure palliative :

- déclaration en vue de l'obtention des soins palliatifs (volet administratif),
- déclaration en vue de l'obtention des soins palliatifs (volet médical),
- (éventuellement) déclaration de prolongation,
- gestion du répertoire des prestataires intervenant auprès de la personne soignée,
- gestion du carnet palliatif ainsi que la responsabilité du transfert du même carnet lors d'une hospitalisation éventuelle ou lors du décès (règlement grand-ducal du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne soignée en fin de vie, Art. 2., Art. 3., Art. 4.

Tout ceci incombe au médecin traitant, ce qui nécessite de sa part un investissement en temps considérable (et gratuit). Je crois d'ailleurs savoir que les demandes pour carnets palliatifs ne font pas légion jusqu'à aujourd'hui. Ceci est peut-être la conséquence de la lourdeur administrative de la procédure en question.

Un troisième problème, généré cette fois-ci par le peu d'enthousiasme des médecins à ouvrir le droit aux soins palliatifs, principalement pour des raisons administratives, concerne les institutions responsables de la prise en charge de ceux qui bénéficient déjà d'un traitement palliatif sans que la procédure d'attribution du droit aux soins palliatifs n'ait été ouverte. Il est probable que des conséquences financières peuvent en résulter.

En résumé

Le règlement grand-ducal du 28 avril 2009, de par le facteur temps⁵ qu'il introduit par sa procédure palliative, me semble difficile à manier et être source d'incertitudes. La surcharge administrative qu'il exige du médecin responsable me semble également limiter son application pratique. Des implications budgétaires pourraient en découler.

¹ Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs. Art. 1^{er}.

² C'est moi qui souligne.

³ Je respecte évidemment leur approche déontologique.

⁴ Il peut exister des exceptions au principe de la non-hospitalisation. Une fracture du col du fémur, par exemple, nécessite dans tous les cas une hospitalisation.

⁵ 35 jours, sauf exception

A réfléchir ...

1) Quant à la cotisation relative au Collège médical :

Le Collège médical établi par la loi du 8 juin 1999, chargé de respecter les droits et devoirs des praticiens et des patients se demande si de telles remarques sont opportunes!



CHEQUES POSTAUX
L-1090 LUXEMBOURG

EXTRAIT DE COMPTE COURANT
Date: 19/10/2009 No extrait: 175/1

Montant EUR
137,5

→ **VIREMENT** Libellé: DIR SIDD WEI D.PAAFEN, DIR KRITT DE SAAK NET VOLL. 2009 ACCOMPTE 2E SEMESTRE Banque : CCPL

Réf.: EB7650645 DOCTEUR X

XXXXXXXXXX

2) Information au Collège médical d'un patient qui reçoit un rappel pour 0,90 €.

Nom et adresse du médecin X Code médecin :

POUR INFO
LA PATIENTE

Numéro de matricule : Nom et adresse de la patiente Y

COLLEGE MEDICAL
ENTRE LE
03.10.2009
TRANSMIS **101106**

Copie 1 MEMOIRE D'HONORAIRES N° 4163/09 du 14.12.09

H	Md	Date/Dent/Hs	Code	Tarif/Libelle	Nb	Montant	M. Pres
		141209	ABC123	acte AB	1	23.40	
		141209	CBA321	acte BC	1	276.50	
Sous Total						299.90	EUR
Total à payer						299.90	EUR
Acompte à déduire						0.00	EUR
Solde à payer						0.90	EUR

Paiement	Montant
Déjà payé : 299.00 EUR, Solde restant	0.90 EUR

Merci de payer la totalité de vos factures car si tout le monde fait

En cas de virement sur un de ces comptes :
 BGL : LU97 0030 1440 6655 0000 CCP : LU35 1111 2417 9268 0000
 Prière de rappeler la référence : 4163/09

La loi du 31.3.79, modifiée par celle du 1.10.92, art. 24-1(5) est appliquée.

Comme vous : 4163 x 0,9 = 3746,70€ //

**Pour donner une idée du volume de travail du Collège médical :
du 1^{er} janvier au 30 juin 2010 :**

**1506 courriers reçus au Collège médical
1015 courriers expédiés par le Collège médical**



Information du patient et consentement éclairé

En médecine dentaire certaines positions de la nomenclature nécessitent l'établissement d'un devis pour permettre au patient un remboursement (partiel) de la caisse de maladie ou d'une assurance.

D'autres actes, comme les implants, sont réalisés hors nomenclature.

Le Collège médical se voit régulièrement confronté à des plaintes de patients qui font état d'une mauvaise information préalable à la réalisation d'un travail prothétique ou autre, tant sur les plans de traitement proposés par le médecin-dentiste que sur les coûts effectifs.

Le Collège médical insiste donc sur les principes élémentaires à respecter

Le praticien devrait réserver une séance de consultation destinée à expliquer le plan de traitement et les frais respectifs. Il devrait laisser au patient le temps de réflexion nécessaire en disposant des renseignements nécessaires pour valider les propositions prothétiques.

Le Collège médical conseille vivement aux médecins-dentistes de s'abstenir de poser des actes onéreux (p.ex. implants) lors de la première consultation d'un patient, qui se retrouve à la sortie du cabinet avec des soins non désirés et pour lesquels il ne dispose pas des moyens financiers nécessaires pour les régler.

Il convient donc d'expliquer avant tout acte prothétique en termes clairs et compréhensibles :

- Le type de prothèse envisagée
- Les interventions préprothétiques prévues
- La durée estimée du traitement
- Les complications éventuelles
- Les chances de réussite et les facteurs défavorisant éventuellement cette réussite
- Les autres possibilités thérapeutiques (le cas échéant moins onéreuses) avec leurs avantages et désavantages

- Le coût réel des différentes possibilités thérapeutiques en évitant de n'établir que des devis partiels ou fractionnés (p.ex. implant sans suprastructure ; prothèse provisoire non chiffrée)

Il est alors important que le patient, en possession de ces informations, (le cas échéant sur papier) ait un délai suffisant pour prendre sa décision et éventuellement pour prendre un deuxième avis s'il le souhaite.

Ensuite pour obtenir le consentement éclairé du patient, il est conseillé de formaliser cette décision soit par un document spécifique signé par le patient, soit par une signature sur un devis que ce soit après acceptation ou refus par la Caisse de Santé.

Le patient disposera alors aussi de toutes les informations sur le remboursement de la CNS et ne pourra plus prétendre ensuite avoir été dupé ou pris à contre-pied.

Il faut rappeler que les devis doivent être datés et constituent une obligation conventionnelle incontournable.

Beaucoup de conflits qui à l'avant-plan se basent sur l'échec du traitement réalisé, sont en réalité l'expression d'une contestation des honoraires demandés par les praticiens.

En conclusion :

INFORMATION + DEVIS PREALABLE → CONSENTEMENT DU PATIENT →→ SATISFACTION →→→ CONFLIT EVITE

Ce qui est vrai en médecine dentaire, doit l'être aussi pour des soins onéreux hors nomenclature des médecins !!!



Code de déontologie des pharmaciens

Aux termes de l'article de la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisations d'exercer la profession de pharmacien, le législateur a confié au Collège médical d'établir un code de déontologie de la profession pour préciser les principes essentiels comprenant les règles de moralité, d'honneur, de discrétion, de dignité, de probité et de dévouement compléments des compétences techniques du pharmacien.

Le Collège médical tient à remercier toutes les personnes (membres du Syndicat des pharmaciens luxembourgeois, l'association des pharmaciens hospitaliers, le juriste du Collège médical, ainsi que les membres pharmaciens) qui ont aidé par leur compétence et par leur dévouement à l'établissement du code de déontologie de la profession. Ce code de déontologie va ainsi, au-delà de simples compétences et connaissances techniques, prévoir d'une part des devoirs fondamentaux à l'attention de tous les pharmaciens, d'autre part des devoirs propres à chaque mode d'exercice.



Heures d'ouverture du secrétariat : du lundi au vendredi de 9-11.30 et 14-16.30 heures

Adresse : Collège médical, 7-9, avenue Victor Hugo, L-1750 Luxembourg, Tél. : 247-85514, Fax. : 475-679,
e-mail: info@collegemedical.lu ; site internet: www.collegemedical.lu

Info-Point no.8 2010/2, éditeur responsable : Le Collège médical du Grand-Duché de Luxembourg,

Textes approuvés lors de la séance du 21 juin 2010.

Rédaction : Mme Valérie BESCH, Dr Pit BUCHLER, Dr Dominique CHAMPEVAL, M. Georges FOEHR, Dr Martine GOERGEN, Dr Paul NILLES

Cartoons : M. Pol LEURS, Mme Anouk SCHILTZ

© Collège médical 2010 Edition : 2800 exemplaires