

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 91

4 mai 2009

Sommaire

SOINS PALLIATIFS

Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs	page 1062
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	1067

Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs.

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu les articles 17, alinéa final et 350, paragraphe 6 du Code de la sécurité sociale;

Vu la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie;

Vu les avis de la Chambre des salariés, de la Chambre des fonctionnaires et employés publics et de la Chambre d'agriculture; les avis de la Chambre de commerce et de la Chambre des métiers ayant été demandés;

Vu l'avis du Conseil supérieur des professions de santé;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et de Notre Ministre du Trésor et du Budget et après délibération du Gouvernement en conseil;

Arrêtons:

Art. 1^{er}. Le droit aux soins palliatifs visé à l'article 1^{er} de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie est ouvert sur déclaration présentée par le médecin traitant sur un formulaire spécial comprenant un volet administratif et un volet médical et formant annexe du présent règlement.

Art. 2. La déclaration est à adresser par le médecin traitant signataire du formulaire au Contrôle médical de la sécurité sociale, sous pli fermé. Lorsqu'une donnée du volet administratif de la déclaration change, le médecin traitant signataire notifie ce changement au Contrôle médical de la sécurité sociale par l'envoi du volet administratif modifié.

Art. 3. La déclaration est validée par le Contrôle médical de la sécurité sociale conformément à l'article 418, alinéa 1, point 13) du Code de la sécurité sociale. Cette validation est inscrite sur le volet administratif du formulaire de déclaration qui est communiqué à la Caisse nationale de santé endéans les trois jours ouvrables de son entrée auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale.

La validation indique la date de l'ouverture du droit aux soins palliatifs, fixée d'après les indications du médecin traitant. La date d'ouverture du droit ne peut être antérieure de plus de cinq jours ouvrables à la date d'entrée de la déclaration auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 4. Le droit aux soins palliatifs expire dans le délai de trente-cinq jours à partir de la date de son ouverture.

A titre exceptionnel 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.

La déclaration médicale de prorogation du droit présentée sur un formulaire spécial, formant annexe du présent règlement, doit entrer au Contrôle médical de la sécurité sociale trois jours ouvrables avant l'expiration du droit en cours.

En cas de prorogation du droit, le Contrôle médical de la sécurité sociale en avertit la Caisse nationale de santé par les moyens convenus avec elle.

Art. 5. La Caisse nationale de santé notifie l'ouverture du droit aux soins palliatifs ainsi que toute prorogation endéans les trois jours ouvrables de la réception de la validation par le Contrôle médical de la sécurité sociale au médecin traitant signataire de la déclaration et, si la personne en fin de vie est prise en charge par un des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, sous 12) du Code de la sécurité sociale, à ces prestataires. La Caisse nationale de santé en informe la personne soignée concernée en lui faisant parvenir une copie du document de notification. Le titre de prise en charge qui documente l'ouverture du droit aux soins palliatifs ainsi que toute prorogation est repris sous le volet 1 du carnet de soins prévu par le 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 dûment rempli par la Caisse nationale de santé.

Art. 6. Si la déclaration concerne une personne soignée non affiliée à l'assurance maladie et à l'assurance dépendance, la Caisse nationale de santé en informe le ministre ayant la Santé dans ses attributions. La décision du ministre de prendre en charge ces prestations est transmise à la Caisse nationale de santé endéans trois jours ouvrables. La Caisse nationale de santé assure le service de ces prestations, à charge de remboursement par l'Etat.

Art. 7. Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et Notre Ministre du Trésor et du Budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement, qui sera publié au Mémorial.

*Le Ministre de la Santé
et de la Sécurité sociale,*
Mars Di Bartolomeo

Palais de Luxembourg, le 28 avril 2009.
Henri

Le Ministre du Trésor et du Budget,
Luc Frieden

ANNEXE

Déclaration en vue de l'obtention de soins palliatifs

Volet administratif

(à compléter par le médecin traitant et à envoyer, sous pli fermé, au Contrôle médical de la sécurité sociale)

1. Données concernant la personne soignée:

Nom marital: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénom(s): _____

Matricule de sécurité sociale: _____

Situation sociale/civile: marié(e) veuf(ve) célibataire vit seul(e)

présence d'un aidant informel: Oui Non

2. Lieu de séjour de la personne soignée au moment de la déclaration:

Maintien à domicile

Adresse: _____

Séjour en établissement d'aides et de soins

Nom de l'établissement: _____
Adresse de l'établissement: _____

Séjour en établissement hospitalier

Nom de l'établissement: _____
Adresse de l'établissement: _____

Séjour en centre d'accueil pour les personnes en fin de vie

Nom de l'établissement: _____
Adresse de l'établissement: _____

3. Projet de séjour exprimé par la personne soignée:

La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible à **domicile**

- intervention d'un réseau d'aides et de soins

Non

Oui

Si oui, indication du nom et de l'adresse:

- indication des coordonnées d'une personne de référence de son entourage:

- indication de l'adresse de séjour lorsque celle-ci diffère de l'adresse officielle:

- La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **établissement d'aides et de soins**.
- La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **établissement hospitalier**.
- La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **centre d'accueil pour les personnes en fin de vie**.

4. Données concernant le médecin traitant signataire de la déclaration:

Médecin demandeur:	Nom:	
	Adresse:	
	Code médecin:	
	Date:	
	Cachet et signature:	

5. Consentement à la déclaration par la personne soignée ou son représentant légal:

Personne soignée ou son représentant légal:	Nom de la personne soignée:	
	Nom du représentant légal:	
	Matricule du représentant légal:	
	Date:	
	Signature:	

6. Validation par le Contrôle médical de la sécurité sociale:

(à compléter par le Contrôle médical de la sécurité sociale)

La déclaration en obtention des soins palliatifs est validée.

Date d'ouverture du droit: _____

Signature du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale: _____

Date de la signature: _____

(Le volet administratif est à transmettre endéans les trois jours ouvrables par le Contrôle médical de la sécurité sociale à la Caisse nationale de santé.)

Déclaration en vue de l'obtention des soins palliatifs

Volet médical

(à compléter par le médecin traitant et à envoyer, sous pli fermé, au Contrôle médical de la sécurité sociale)

Données concernant la personne soignée:

Nom marital: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénom(s): _____

Matricule de sécurité sociale: _____

Je soussigné médecin certifie que la personne soignée susmentionnée:

- souffre d'une ou de plusieurs affections graves et incurables et est entrée en phase avancée ou terminale. L'évolution de l'affection est défavorable avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique,

Descriptif de l'affection:	<input type="checkbox"/>	néoplasie	ICD	<input type="text"/>
			10:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	maladie neurodégénérative	ICD	<input type="text"/>
			10:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	maladie cardiovasculaire ou pulmonaire	ICD	<input type="text"/>
			10:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	autres à préciser: _____	ICD	<input type="text"/>
			10:	<input type="text"/>

- bénéficie d'une prise en charge médicale qui est primordialement symptomatique,
- pour qui le décès est attendu dans une situation où elle a des besoins physiques et psychiques, sociaux ou spirituels importants, nécessite un engagement soutenu de la part de son entourage ou de professionnels ayant à leur disposition les moyens techniques appropriés et possédant une qualification spécifique pour la délivrance des soins palliatifs,
- bénéficie de la continuité de la prescription des soins médicaux dans le cadre de mon intervention,
- dans le cas où elle a déclaré vouloir mourir à domicile, dispose de la présence assurée par une tierce personne ou un réseau d'aides et de soins,

et que d'après mes constatations ces conditions s'appliquent à la personne soignée susmentionnée depuis le:

Date d'ouverture demandée _____

Je suis informé que le présent constat, à valider par le Contrôle médical de la sécurité sociale, comporte pour la personne soignée la prise en charge des soins palliatifs spécifiques conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale et des instruments juridiques qui en découlent pour une période de 35 jours à compter de la date d'ouverture du droit déterminée par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Je suis informé que si une prolongation du droit au-delà de la période initiale est nécessaire, une déclaration de prolongation doit être présentée au Contrôle médical de la sécurité sociale, au moyen d'un formulaire spécial, 3 jours ouvrables avant l'expiration de la première période accordée.

Médecin demandeur:	Nom:	
	Adresse:	
	Code médecin:	
	Date:	
	Cachet et signature:	

Déclaration de prolongation en vue de l'obtention des soins palliatifs

Volet médical

Données concernant la personne soignée:

Nom marital: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénom(s): _____

Matricule de sécurité sociale: _____

Je soussigné médecin certifie que les conditions de la déclaration initiale formulée en vue de l'obtention des soins palliatifs sont toujours remplies.

Une prolongation du droit s'avère nécessaire pour les motifs suivants:

Je suis informé que le présent constat, à valider par le Contrôle médical de la sécurité sociale, comporte pour la personne soignée la prise en charge des soins palliatifs spécifiques conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale et des instruments juridiques qui en découlent pour une période de prolongation de 35 jours à compter de l'expiration du droit en cours.

Médecin demandeur:	Nom:	
	Adresse:	
	Code médecin:	
	Date:	
	Cachet et signature:	

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.

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 1^{er}, alinéa 3 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie;

Vu l'avis du Collège médical;

L'avis du Conseil supérieur des professions de santé ayant été demandé;

Vu les avis de l'Association des kinésithérapeutes diplômés, de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois et de la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins; les avis de l'Association des médecins et médecins-dentistes, de l'Association luxembourgeoise des orthophonistes, de l'Association luxembourgeoise des

psychomotriciens diplômés, de l'Association luxembourgeoise des sages-femmes, de l'Association des maîtres orthopédistes-bandagistes, de l'Association nationale des infirmiers, du Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, du Centre de convalescence de la Croix Rouge Luxembourgeoise, de la Croix Rouge Luxembourgeoise, de l'Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extrahospitalières en psychiatrie, de la Fédération des patrons bottiers-orthopédistes, de la Fédération des patrons opticiens, de l'a.s.b.l. «Luxembourg Air Rescue», de la Société luxembourgeoise de biologie clinique et du Syndicat des pharmaciens luxembourgeois ayant été demandés;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en conseil;

Arrêtons:

Définition et contenu du carnet de soins

Art. 1^{er}. Le carnet de soins est un outil de liaison, de communication et de coordination. Il contient les informations administratives de base sur la personne soignée en fin de vie, appelée ci-après personne soignée, les coordonnées des intervenants auprès de la personne soignée et consigne les fournitures, actes et services délivrés conformément à l'annexe du présent règlement.

Les prestataires de soins conventionnés en vertu des articles 61 à 73 ou des articles 74 à 79 du Code de la sécurité sociale, ainsi que les prestataires visés aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale, sont appelés ci-après prestataires.

Le carnet de soins ne remplace pas les ordonnances prévues par les législations de la santé et de la sécurité sociale. Il ne se substitue pas au dossier du patient hospitalier, à la documentation de soins de dépendance, au plan de prise en charge ou à d'autres documents de soins prévus par les différentes législations. Il ne peut se substituer ni aux réunions de concertation, ni aux réunions de coordination.

Mise en place du carnet de soins

Art. 2. La Caisse nationale de santé fait parvenir au médecin traitant ayant introduit la déclaration prévue par le règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs le carnet de soins avec le titre de prise en charge qui documente l'ouverture du droit aux soins palliatifs. Le médecin traitant met le carnet de soins à disposition des différents prestataires auprès de la personne soignée.

Inscriptions au carnet de soins

Art. 3. Chaque prestataire contribuant aux soins d'une personne séjournant à domicile ou en établissement d'aides et de soins et admise aux soins palliatifs, transcrit les fournitures, actes et services délivrés dans le carnet de soins. Cette transcription se fait conformément à l'annexe du présent règlement.

Chaque prestataire contribuant aux soins d'une personne séjournant en établissement hospitalier et admise aux soins palliatifs transcrit les fournitures, actes et services délivrés dans le carnet de soins qui est annexé transitoirement au dossier hospitalier. Lorsque la personne soignée quitte l'établissement hospitalier vers le secteur ambulatoire, le médecin s'assure de la remise du carnet de soins à la personne soignée, en y joignant le résumé clinique comportant obligatoirement le(s) diagnostic(s) sur l'évolution en cours d'hospitalisation, les résultats d'examen(s) pertinents et le traitement de sortie.

Transfert et conservation du carnet de soins

Art. 4. Le carnet de soins reste constamment à disposition auprès de la personne soignée et l'accompagne vers tous les endroits où elle séjourne. L'accès au carnet de soins doit être garanti à la personne soignée et à tous les prestataires.

Chaque prestataire prend les mesures nécessaires pour déterminer la personne responsable pour la surveillance de la bonne tenue des interventions effectuées sous sa responsabilité.

Lors d'un changement du lieu de séjour de la personne soignée, le médecin traitant en charge de la personne soignée au moment du transfert, s'assure de la continuité de la mise à disposition du carnet de soins aux prestataires intervenant auprès de la personne soignée.

Au décès de la personne soignée, le carnet de soins est remis entre les mains du Directeur de la santé pour archiver. La remise est assurée par le médecin ayant établi le certificat de décès.

Art. 5. Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement, qui sera publié au Mémorial.

*Le Ministre de la Santé
et de la Sécurité sociale,
Mars Di Bartolomeo*

Palais de Luxembourg, le 28 avril 2009.
Henri

ANNEXE

Carnet de soins

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 pris en exécution de l'article 1^{er}, alinéa 3 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

Volet 1

Caisse nationale de santé Titre de prise en charge des soins palliatifs
--

(à compléter par la Caisse nationale de santé)

1. Données concernant la personne soignée:

Nom marital: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénom(s): _____

Matricule de sécurité sociale: _____

Situation sociale/civile: marié(e) veuf(ve) célibataire vit seul(e)

présence d'un aidant informel: Oui Non

2. Lieu de séjour de la personne soignée au moment de la déclaration:

 Maintien à domicile

Adresse: _____

 Séjour en établissement d'aides et de soins

Nom de l'établissement: _____
Adresse de l'établissement: _____

 Séjour en établissement hospitalier

Nom de l'établissement: _____
Adresse de l'établissement: _____

 Séjour en centre d'accueil pour les personnes en fin de vie

Nom de l'établissement: _____
Adresse de l'établissement: _____

3. Projet de séjour exprimé par la personne soignée:

La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible à **domicile**.

- intervention d'un réseau d'aides et de soins:

Non

Oui

Si oui, indication du nom et de l'adresse:

- indication des coordonnées d'une personne de référence de son entourage:

- indication de l'adresse de séjour lorsque celle-ci diffère de l'adresse officielle:

La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **établissement d'aides et de soins**.

La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **établissement hospitalier**.

La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **centre d'accueil pour les personnes en fin de vie**.

4. Données concernant le médecin traitant signataire de la déclaration en vue de l'obtention de soins palliatifs:

Médecin demandeur:	Nom:	
	Adresse:	
	Code médecin:	
	Date:	
	Cachet et signature:	

5. Validation par le Contrôle médical de la sécurité sociale:

La déclaration en obtention des soins palliatifs a été validée par le médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale en date du:

Date d'ouverture du droit:

6. Notification du titre de prise en charge:

Signature du Président de la Caisse nationale de santé: _____

Date de la signature: _____

Le titre de prise en charge est à notifier par la Caisse nationale de santé endéans les trois jours ouvrables de la réception de la validation par le Contrôle médical de la sécurité sociale au médecin traitant signataire de la déclaration et, si la personne en fin de vie est prise en charge par un des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, sous 12) du Code de la sécurité sociale, à ces prestataires. La Caisse nationale de santé en informe la personne soignée concernée en lui faisant parvenir une copie du document de notification.

Volet 2

Répertoire des prestataires intervenant auprès de la personne soignée*(à compléter par chaque prestataire)***Médecin ayant demandé l'ouverture du droit:**

<p>Médecin ayant demandé l'ouverture du droit:</p> <p>Médecin hospitalier <input type="checkbox"/></p> <p>Praticien en cabinet de ville <input type="checkbox"/></p> <p>Date de cette inscription:</p> <p>_____</p>	<p>Nom: _____</p> <p>Adresse / Hôpital: _____</p> <p>_____</p> <p>Téléphone(s) Cabinet: _____</p> <p>GSM: _____</p>
--	---

Liste des prestataires intervenant auprès de la personne soignée:

Prestataire	Nom: _____
	Adresse / Hôpital: _____ _____
Date de cette inscription:	Téléphone(s) Cabinet: _____
_____	GSM: _____

Prestataire	Nom: _____
	Adresse / Hôpital: _____ _____
Date de cette inscription:	Téléphone(s) Cabinet: _____
_____	GSM: _____

Etc. ...

<p>Etablissement d'aides et de soins</p> <p>Etablissement hospitalier (antenne mobile)</p> <p>Réseau d'aides et de soins</p> <p>Date de cette inscription:</p> <p>_____</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, nom et adresse:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

Volet 3

Relevé chronologique des prestataires intervenant ayant fait des inscriptions dans le carnet de soins
(à compléter par chaque prestataire)

Nom et adresse du prestataire intervenant <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
Nom et coordonnées de la personne responsable auprès dudit prestataire de la bonne tenue du carnet: <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>

Chaque prestataire de soins intervenant auprès de la personne soignée, agissant pour son propre compte ou pour celui d'un prestataire tiers, est obligé de faire les transcriptions suivantes:

Date de l'intervention:	Heure de l'intervention:	Nom de l'intervenant:	Qualité de l'intervenant:	Fournitures, actes et services:
			<i>(médecin traitant, infirmier, aide soignant, kinésithérapeute, etc. ...)</i>	<i>(consultations, soins, médicaments, analyses biologiques, pansements, aides techniques, etc. ...)</i>