

N° 4909¹⁵

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2008-2009

PROPOSITION DE LOI**sur l'euthanasie et l'assistance au suicide**

* * *

**RAPPORT COMPLEMENTAIRE DE LA COMMISSION DE LA SANTE
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

(4.12.2008)

La Commission se compose de: Mme Lydia MUTSCH, Présidente; M. Jean HUSS, Corapporteur; Mme Claudia DALL'AGNOL, MM. Aly JAERLING, Alexandre KRIEPS, Paul-Henri MEYERS, Patrick SANTER, Jean-Paul SCHAAF, Romain SCHNEIDER, Mme Martine STEIN-MERGEN et M. Carlo WAGNER, Membres.

N.B.: La Coautrice et Corapporteuse de la proposition de loi, Mme Lydie ERR, n'est pas membre de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, mais a assisté aux réunions consacrées à ladite proposition de loi.

*

I. LES ANTECEDENTS

La proposition de loi 4909 relative au droit de mourir en dignité a été déposée à la Chambre des Députés par Mme Lydie Err et M. Jean Huss en date du 5 février 2002 et a suivi un parcours parlementaire qui a abouti le 19 février 2008, lorsque la Chambre des Députés a donné son approbation à la proposition de loi. Le rapport de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale du 14 février 2008 (doc. parl. 4909⁶) retrace de manière détaillée les travaux intervenus, de sorte que le présent rapport complémentaire se limite à résumer la procédure législative poursuivie depuis le 19 février dernier.

Notons à titre d'information que le Conseil d'Etat a refusé en date du 4 mars 2008 la dispense du second vote constitutionnel non seulement de la proposition de loi, mais également du projet de loi 5584 sur les soins palliatifs qui était soumis au vote de la Chambre des Députés le 19 février 2008 et qui a été approuvé à l'unanimité. Le 10 avril 2008, la Haute Corporation a argumenté son refus comme suit: „Dans son avis complémentaire du 11 décembre 2007 sur le projet de loi 5584 et la proposition de loi 4909, le Conseil d'Etat a conclu „que la proposition de loi sous rubrique est, sous sa forme actuelle, incompatible avec le projet de loi“. Les deux textes ayant été adoptés simultanément par la Chambre des députés, nonobstant leur incompatibilité, le Conseil d'Etat, pour des raisons de sécurité juridique, a estimé ne pas pouvoir suivre la Chambre des députés, en accordant à son tour la dispense du second vote constitutionnel aux deux textes en présence. Une majorité des membres du Conseil d'Etat a été d'avis qu'il n'appartenait pas au Conseil d'Etat d'émettre une préférence pour l'un ou l'autre des textes en présence, au niveau de la décision quant à la dispense du second vote constitutionnel, et les deux textes se sont en conséquence vu refuser la dispense dudit second vote.“

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a repris les travaux législatifs le 6 mars 2008. La première réunion a été principalement consacrée à l'analyse du refus du second vote constitutionnel exprimé par le Conseil d'Etat et à un échange de vues sur la suite de la procédure législative.

Par après, la commission parlementaire s'est réunie le 10 avril 2008 et a travaillé sur une note du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale retraçant les incompatibilités éventuelles des textes légaux. Au cours de cette réunion, la commission s'est consacrée amplement aux questions de savoir

si les deux dispositifs légaux seraient révisés ou uniquement celui sur l'euthanasie et si un groupe informel de rédaction ou une sous-commission telle que prévue à l'article 22.2 du règlement de la Chambre devrait procéder à l'élaboration des adaptations ponctuelles nécessaires.

Finalement, la commission a retenu dans sa réunion du 24 avril 2008 de continuer elle-même les travaux législatifs. Au cours de cette même réunion, elle a procédé à un échange de vues avec le Collège médical et l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD).

Lors de la réunion du 8 mai 2008, la commission parlementaire a examiné des propositions d'amendement au projet de loi 5584 établies par Lydia Mutsch, présidente-rapporteuse, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. Pour le détail des amendements au projet de loi, il est renvoyé au commentaire des articles du présent rapport complémentaire.

Une réunion du 22 mai 2008 a été consacrée à l'examen et à l'adoption des propositions d'amendements à la proposition de loi 4909. Le groupe parlementaire du CSV a également présenté des amendements, qui ont été transmis en tant qu'amendements minoritaires au Conseil d'Etat. Pour le détail des amendements à la proposition de loi, il est renvoyé au commentaire et suivi des amendements du présent rapport complémentaire.

En date du 28 mai 2008, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a poursuivi l'examen et l'adoption des amendements à la proposition de loi et a évacué les points tenus en suspens lors de la réunion précédente.

Le 3 juin 2008, une série d'amendements adoptés les 22 et 28 mai 2008 par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a été transmise au Conseil d'Etat, ensemble avec une seconde série d'amendements qui ont été examinés par la commission, sans toutefois recueillir la majorité des voix et qui, de ce fait, ont été qualifiés d'„amendements minoritaires“. Le Conseil d'Etat a été prié de se prononcer sur les deux séries d'amendements.

La Haute Corporation a rendu son deuxième avis complémentaire portant tant sur les amendements à la proposition de loi qu'au projet de loi sur les soins palliatifs le 7 octobre 2008.

Les 16, 23 et 30 octobre 2008, la commission parlementaire a analysé le deuxième avis complémentaire et une nouvelle série d'amendements parlementaires à la proposition de loi a été transmise au Conseil d'Etat le 5 novembre 2008.

Le troisième avis complémentaire du Conseil d'Etat, intervenu le 25 novembre 2008, a fait l'objet d'un examen en commission le 27 novembre 2008.

Le présent rapport complémentaire a été adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale le 4 décembre 2008.

*

II. LE COMMENTAIRE ET LE SUIVI DES AMENDEMENTS INTERVENUS A LA PROPOSITION DE LOI

Intitulé

Amendement 1 et amendement minoritaire 1

L'amendement minoritaire du groupe parlementaire du CSV avait pour objet de modifier l'intitulé de la proposition de loi en „*Proposition de loi sur l'aide à mourir*“ avec l'argument que la proposition de loi organise et structure une procédure selon laquelle une aide à mourir peut être pratiquée en des conditions strictes. Il n'est pas légitime, aux yeux des auteurs, d'insinuer que ceci constituerait la seule manière digne de mourir.

Reconnaissant partiellement le bien-fondé de l'argumentation à la base de l'amendement minoritaire ci-dessus exposé, la commission parlementaire a proposé de compléter l'intitulé comme suit: „*Proposition de loi 4909 sur le droit de mourir en dignité par l'euthanasie et l'assistance au suicide*“.

En présence des variantes susmentionnées, le Conseil d'Etat recommande de se limiter dans le libellé de l'intitulé à l'objet de la proposition de loi et propose le texte qui suit:

„*Proposition de loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*“.

La commission fait sienne cette proposition.

Article premier

Amendement 2 et amendement minoritaire 2

La commission a proposé de remplacer à l'article 1er le terme „tiers“ par celui de „médecin“, de sorte que cet article se lira comme suit:

*„Art. 1er.– Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un **tiers médecin**, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande **expresse et volontaire** de celle-ci.*

*Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait **qu'un médecin aide d'aider** intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande **expresse et volontaire** de celle-ci.“*

L'amendement entendait ainsi préciser sans équivoque que la seule personne pouvant pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide dans le cadre de la présente loi est un médecin. L'inclusion des adjectifs „expresse et volontaire“ s'imposait pour clarifier que la demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide doit émaner du libre arbitre du demandeur lui-même, à l'exclusion de toute influence extérieure. Elle doit correspondre à un choix éclairé.

Concernant ce même article, la commission a été saisie d'une proposition d'amendement minoritaire ayant pour objet de conférer à l'article 1er la teneur amendée suivante:

*„Art. 1er.– Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre **par aide à mourir** l'acte pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande **expresse et volontaire de celle-ci. Cette demande correspond à un choix éclairé de son auteur.**“*

A l'appui de cet amendement, il a été relevé e.a. qu'il y a lieu de spécifier clairement l'objet de la proposition de loi dès son premier article: elle porte sur les conditions dans lesquelles une aide à mourir peut être pratiquée sans que son auteur, nécessairement médecin, ne s'expose à des poursuites pénales pour homicide.

Dans son deuxième avis complémentaire, le Conseil d'Etat n'approuve pas la volonté de la commission d'exclure de la dépénalisation de l'euthanasie et de l'assistance au suicide toute personne qui ne peut pas se prévaloir du droit d'exercice de la médecine au Luxembourg, arguant que cet amendement accentue l'antagonisme entre une euthanasie effectuée par un médecin répondant seul de ses actes et la prise en charge palliative qui est par définition pluridisciplinaire.

La commission décide de ne pas suivre la Haute Corporation, comme cet amendement a précisément été introduit pour souligner de façon indubitable que seul le médecin en tant que professionnel peut aider le patient, si les conditions légales sont remplies, à mourir sans souffrances. Tel est l'essence même de l'euthanasie en tant qu'ultime acte médical pour le patient souffrant en fin de vie.

Dans ce même ordre d'idées, la commission estime que les qualificatifs „expresse et volontaire“ ne sont pas superfétatoires pour caractériser la demande du patient et contrairement à l'avis du Conseil d'Etat décide de les maintenir. Ce faisant, l'amendement minoritaire est rejeté.

Article 2

Pour des raisons de lisibilité, notons dès à présent, que l'article 2 se trouve étroitement lié aux articles 4 et 14 et que les trois ont fait l'objet d'amendements à deux reprises.

Dans un premier temps, la commission a adopté l'amendement 3 ayant pour objet d'apporter plusieurs modifications ponctuelles à l'article 2, modifications dont la motivation générale est la suivante: depuis le premier vote de la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité du 19 février de l'année en cours, des concertations de part et d'autre ont eu lieu, notamment avec les médecins, représentés par le Collège médical et l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes. Un souci principal exprimé par ces derniers est celui de la sécurité juridique qui devrait être assurée aux médecins pratiquant une euthanasie ou une assistance au suicide. En ce sens, l'amendement 3 renforce la sécurité des médecins par plusieurs adaptations. D'abord, l'amendement subdivise les dispositions de l'ancien article 2 en conditions de fond et conditions de forme; les conditions de fond revêtant une importance supérieure et étant seules susceptibles d'entraîner des sanctions pénales.

Par ailleurs, l'amendement prévoit que le fait de pratiquer une euthanasie ou d'assister au suicide dans les conditions de la présente loi ne constitue pas une infraction, ni une faute dans le chef du médecin. La notion de faute est nouvellement introduite pour éviter que les médecins ne puissent être poursuivis au civil pour avoir aidé à mourir dans le respect des conditions de la loi. Le non-respect

d'une condition de forme et de procédure donnera lieu à mesures disciplinaires à prononcer, le cas échéant, par le Collège médical, respectivement à une responsabilité civile.

Les autres adaptations auxquelles procède l'amendement 3 apportent des précisions sur l'état de la personne qui n'est plus en mesure de rédiger un testament de vie.

Le cercle de témoins est par ailleurs élargi compte tenu de la réalité que beaucoup de personnes ne disposent pas d'autres proches ou personnes de référence que les héritiers légaux ou les légataires universels ou particuliers.

Le détail des sous-amendements ainsi apportés à l'article 2 est le suivant:

Amendement 3a

Il est proposé de modifier la phrase introductive du paragraphe (1) de l'article 2 comme suit et de remplacer les tirets par une numérotation:

*„1. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide **ne commet ni faute ni infraction** s'il s'est assuré que **les conditions de fond suivantes sont respectées**“:*

Le Conseil d'Etat met l'amendement en relation avec l'amendement 16 qui vise à compléter l'article 397 du Code pénal (cf. ci-dessous). Au terme de longs développements, le Conseil d'Etat **s'oppose formellement** aux deux textes en présence, en ce qu'ils entendent établir, à des degrés divers et non clairement circonscrits, une ou des causes de justification. Aux yeux du Conseil d'Etat, l'inclusion de la notion de faute par l'amendement 3a n'est pas non plus sans poser problème en ce que le texte pourrait consacrer une irresponsabilité civile absolue, qui risquerait d'être en contradiction avec l'article 13 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, en combinaison avec l'article 6 de cette même convention.

Une nouvelle série d'amendements parlementaires ayant pour but de répondre aux critiques exprimées par le Conseil d'Etat a été adoptée par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale le 30 octobre 2008.

Un premier concerne la phrase introductive du paragraphe 1 de l'article 2 qui prend la teneur suivante (amendement 1 du 30 octobre 2008):

*„1. **N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, si les conditions de fond suivantes sont remplies:**“*

Au paragraphe 1 de l'article 2, in fine le bout de phrase *„et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi“* est supprimé (deuxième amendement du 30 octobre 2008, transmis au Conseil d'Etat le 5 novembre 2008). Pour le suivi des amendements ayant trait aux articles 2, 4 et 14 concernant la dépenalisation des médecins, il est renvoyé aux commentaires relatifs à l'article 4 paragraphe 3.

Par ailleurs, la commission propose de supprimer, dans la seconde série d'amendements, au point 1) du paragraphe 1 de l'article 2 les termes „ou mineur émancipé“ et de supprimer intégralement le point 2 visant le patient mineur entre 16 et 18 ans (amendement 6 adopté le 30 octobre 2008 par la commission parlementaire).

La commission entend ainsi rencontrer les inquiétudes exprimées par le Conseil d'Etat dans le deuxième avis complémentaire concernant l'inclusion d'une catégorie déterminée de mineurs dans le champ d'application de la loi. Suite à cet amendement nouveau, le champ d'application personnel de la loi englobe donc exclusivement des patients majeurs par l'âge. Le Conseil d'Etat approuve cette délimitation du champ d'application de la loi dans son 3e avis complémentaire.

Amendement 3b

Cet amendement a pour objet de modifier le quatrième tiret (nouveau point 4) du paragraphe 1 comme suit:

*„4) le patient ~~se trouve dans une situation médicale sans issue est atteint d'une affection grave et incurable~~ et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, **résultant d'une affection accidentelle ou pathologique indépendamment du fait qu'elle résulte d'une affection accidentelle ou pathologique.**“*

Le Conseil d'Etat souligne que cet amendement introduit un élargissement significatif des indications contribuant à remplir les conditions requises pour une dépenalisation du médecin après un acte

d'euthanasie. Sur ce, la commission parlementaire a décidé de reprendre l'ancienne formulation „se trouve dans une situation médicale sans issue“. Par analogie, cette notion sera par voie d'amendement du 30 octobre 2008 également transcrite à l'alinéa 5 du paragraphe 2 de l'article 4.

Amendement 3c

Il est proposé d'ajouter au premier paragraphe de l'article 2, un point 5 nouveau ainsi libellé:

„5) la demande du patient d'avoir recours à une euthanasie ou une assistance au suicide est consignée par écrit soit selon les dispositions de l'article 2.2., soit dans des dispositions de fin de vie telles que définies au Chapitre III de la présente loi.“

Malgré le fait que le Conseil d'Etat estime cet amendement superfétatoire eu égard aux dispositions de l'article 2, paragraphe 2, la commission parlementaire décide de maintenir ce texte amendé qui est censé faciliter les moyens de preuve du médecin pour documenter le caractère licite de son action.

Dans la deuxième série d'amendements, la commission propose d'amender le point 5) du paragraphe 1 de l'article 2, en supprimant le bout de phrase „... **soit selon les dispositions de l'article 2.2., soit dans des dispositions de fin de vie telles que définies au Chapitre III de la présente loi**“ (amendement 7 du 30 octobre 2008).

La commission a considéré que l'exigence d'une consignation par écrit de la demande du patient est suffisante et que les références aux deux formes possibles de l'écrit ne sont pas utiles à la lisibilité du texte. Le Conseil approuve cette démarche dans son 3e avis complémentaire du 25 novembre 2008.

Amendement 3d

Cet amendement propose de modifier la phrase introductive du paragraphe 2 comme suit:

„2. Dans tous les cas de demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide et avant d'y procéder, le médecin a l'obligation de respecter les conditions de forme et de procédure suivantes:“

Cet amendement ne donne pas lieu à observation du Conseil d'Etat, de sorte que la commission décide de le maintenir.

La seconde série d'amendements de la commission contient la modification suivante de la phrase introductive du paragraphe 2 de l'article 2:

„2. Sous peine de sanctions disciplinaires, le médecin doit dans tous les cas de demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide et avant de procéder à une euthanasie ou une aide au suicide y procéder, le médecin a l'obligation de respecter les conditions de forme et de procédure suivantes:“ (amendement 3 du 30 octobre 2008).

Dans son troisième avis complémentaire, le Conseil d'Etat propose de supprimer au début du paragraphe 2 le bout de phrase „Sous peine de sanctions disciplinaires“ qui pourrait prêter à confusion et exclure la compétence du juge civil.

La commission décide de suivre le Conseil d'Etat.

Amendement 3e

Cet amendement a pour objet d'ajouter au 1er tiret (point 1) in fine la phrase suivante:

„Les entretiens sont consignés au dossier médical, la consignation valant preuve de l'information;“

Le Conseil d'Etat s'interroge pourquoi la consignation par écrit dans le dossier médical concerne seulement l'entretien sur l'information et ne retient pas les entretiens menés avec le patient à plusieurs reprises, espacés d'un délai raisonnable, afin de s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée.

La commission souligne que tous les entretiens menés au cours du processus décisionnel susvisé doivent effectivement être consignés au dossier médical pour pouvoir valoir preuve de l'information et de la concertation obligatoire avec le patient.

Amendement 3f

Cet amendement vise à modifier et à compléter le point 5 du paragraphe 2 comme suit:

„5)sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec la *personne de confiance* que celui-ci désigne *dans ses dispositions de fin de vie ou au moment de sa demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide*;“

Amendement 3g

Il est proposé d'ajouter au paragraphe 2, premier alinéa, un point 7 nouveau ainsi libellé:

„7) s’informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation si des dispositions de vie au nom du patient y sont enregistrées.“

Quant aux amendements 3f et 3g, le Conseil d’Etat a renvoyé à son observation faite à l’endroit de l’amendement 3c consistant à dire qu’il n’y a pas lieu d’introduire dans cet article les dispositions de fin de vie qui entrent en compte à l’endroit du paragraphe 3 de l’article 4. Le Conseil d’Etat ajoute que le présent article 2 traite exclusivement d’un patient conscient et lucide ayant formulé en présence du médecin sa demande d’euthanasie. Il n’y a donc pas lieu de s’y référer aux dispositions de fin de vie.

Dans la logique de sa décision prise à l’endroit de l’amendement 3c, la commission décide de maintenir les présents amendements.

Amendement 3h

Cet amendement vise à modifier le 2e alinéa du paragraphe 2 comme suit:

„La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. ~~S’il n’est pas en état de le faire S’il se trouve dans l’impossibilité physique permanente de rédiger et de signer sa demande, cette dernière~~ est actée par écrit par une personne majeure de son choix. ~~pour autant qu’il ne s’agisse ni d’un héritier légal, ni d’un légataire universel que le patient aura l’intention de désigner dans son testament.“~~

Le Conseil d’Etat souligne que la restriction dans le texte initial aurait singulièrement affecté le choix de la personne concernée. Par conséquent, il marque son accord avec l’amendement en question.

Amendement 3i

Cet amendement modifie le 3e alinéa du paragraphe 1 comme suit:

„Cette personne mentionne le fait que le patient n’est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit *et signée par le patient ou la personne qui a rédigé la demande* en présence du médecin *traitant* dont le nom devra également être indiqué dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.“

Le Conseil d’Etat n’a formulé aucune objection.

*

Concernant ce même article 2, la commission parlementaire a transmis au Conseil d’Etat les amendements minoritaires suivants:

Amendement minoritaire 3

Cet amendement a pour objet de remplacer la première phrase du paragraphe 1 de l’article 2 par le texte suivant:

„Le médecin qui pratique *une aide à mourir* ne commet pas d’infraction s’il s’est assuré que ...“

La proposition de loi devant porter sur l’aide à mourir, ainsi qu’exposé à l’amendement minoritaire 1, il y a lieu de se référer ici à cet objet précis de la proposition de loi. A noter que les amendements minoritaires 7, 11 et 12 poursuivent la même finalité.

Amendement minoritaire 4

Cet amendement a pour objet d’ajouter au premier paragraphe de l’article 2 un 5e tiret ainsi libellé: – **„cette souffrance ne peut être prise en charge de manière efficace ni par la médecine curative ni par les traitements palliatifs, sans préjudice des dispositions de l’article 40 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.“**

Les auteurs de l’amendement ont largement exposé le bien-fondé de cet amendement. Comme il entend néanmoins obliger le patient de passer par le „filtre palliatif“, la commission parlementaire a décidé de rejeter l’amendement en question.

Amendement minoritaire 5

Cet amendement propose de remplacer le paragraphe 2 de l'article 2 par le texte suivant:

„2. Dans tous les cas de demande d'aide à mourir, avant de la pratiquer, le médecin a l'obligation de saisir sans délai au moins trois praticiens dont un médecin spécialiste de la pathologie du patient, un médecin expert en traitements palliatifs et un psychiatre. Ce collègue, auquel participe le médecin traitant et qui doit être constitué dans les huit jours suivant la demande d'aide à mourir adressée au médecin traitant, doit:

- *informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa **demande d'aide à mourir** et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver à la conviction que la demande du patient est volontaire et qu'aux yeux du patient il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation;*
- *s'assurer de la persistance de la souffrance du patient et de sa volonté inchangée exprimée à plusieurs reprises. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;*
- *sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec l'équipe soignante en contact régulier avec le patient ou des membres de celle-ci;*
- *s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne, et notamment avec la ou les personnes de confiance que le patient aurait désigné(s);*
- *s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.*

Le collègue consigne par écrit le résultat de ces constatations et entretiens. Il rend ses conclusions sur l'état de l'intéressé dans un délai maximum de huit jours.

La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt financier au décès du patient. Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du collègue de praticiens en charge d'instruire la demande du patient. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le médecin traitant respecte cette volonté. L'acte d'aide à mourir pratiquée sous son contrôle a lieu dans un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient. Ce délai d'un maximum d'un mois est le plus long possible au regard de l'état médical du patient.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.“

Au-delà de quelques modifications textuelles n'appelant pas d'autre commentaire, cet amendement minoritaire proposait d'introduire l'intervention d'un collègue de praticiens qui accompagne le médecin traitant d'une personne demandant une aide à mourir pendant l'accomplissement des actes préparatoires à la pratique d'une telle aide.

Les auteurs de cet amendement estiment qu'un tel „autocontrôle“ par la profession médicale elle-même avant tout acte d'aide à mourir s'impose.

Si le Conseil d'Etat trouve *a priori* louable la démarche des auteurs consistant à renforcer le contrôle *ex ante* des conditions requises à une dépénalisation d'un acte d'euthanasie, la procédure choisie est à son avis excessivement lourde face à la personne souffrante en fin de vie, et donc inadaptée à la situation.

L'amendement est rejeté par la commission parlementaire.

Article 3 nouveau

Amendement 4

La commission propose d'insérer à la suite de l'article 2 un article 3 nouveau ainsi libellé, la numérotation des articles subséquents étant décalée d'une unité:

„Art. 3.– Le médecin traitant peut, s’il en éprouve le besoin, se faire accompagner voire conseiller par un expert de son choix et verser, le cas échéant, l’avis ou l’attestation de l’intervention de ce dernier au dossier du patient.“

Parallèlement à la sécurité juridique renforcée de l’article 2 amendé, la commission propose d’introduire, sur demande du corps des médecins, pour les médecins qui ont le souhait de se faire accompagner pour quelque motif que ce soit avant de pratiquer une euthanasie, la faculté de demander l’avis d’un expert de leur choix. La qualité de cet expert ne sera pas définie, de sorte que le choix ne se limite pas à un médecin. Si l’expert consulté émet un avis écrit sur son intervention, ce document est joint au dossier médical du patient. Sinon, mention de la consultation et la date de celle-ci est faite au dossier du patient.

Le Conseil d’Etat remarque que cette disposition a un caractère facultatif et n’a donc aucune valeur normative. Il ajoute que le texte amendé soulève cependant la question du respect du secret professionnel. Compte tenu de ces observations, le Conseil d’Etat est d’avis que cet article est à supprimer.

Contrairement à l’avis du Conseil d’Etat, la commission considère qu’il y a lieu de maintenir cet article qui est destiné à tenir compte des arguments plaidant pour un renforcement du contrôle ex ante. Toutefois, la commission a supprimé les termes „le cas échéant“. En ce qui concerne l’étendue respectivement la portée de l’obligation de verser l’avis de l’expert consulté au dossier du patient, la commission estime qu’il y a lieu de prévoir la différenciation entre deux cas de figure:

- Si la consultation a comme seul objet l’appui psychologique que le médecin sollicite pour soi-même, il n’existe aucune raison objective de verser le résultat de cette consultation au dossier.
- Si par contre, la consultation a comme objet la situation médicale ainsi que l’évaluation diagnostique, thérapeutique et psychique du patient, l’avis y relatif de l’expert consulté doit être versé et faire partie du dossier médical.

Cette dernière hypothèse est couverte par la nouvelle phrase que la commission propose d’ajouter à cet article qui prend ainsi la teneur suivante (amendement 8 du 30 octobre 2008):

„Art. 3.– Le médecin traitant peut, s’il en éprouve le besoin, se faire accompagner voire conseiller par un expert de son choix et, ~~le cas échéant~~, verser l’avis ou l’attestation de l’intervention de ce dernier au dossier du patient. S’il s’agit d’une expertise médicale, l’avis ou l’attestation est versé au dossier du patient.“

Dans son troisième avis complémentaire du 25 novembre 2008, le Conseil d’Etat réitère sa proposition de supprimer cet article. La commission parlementaire ne suit pas l’appréciation de la Haute Corporation.

*

Quant au problème du secret médical soulevé par le Conseil d’Etat dans son deuxième avis complémentaire, la commission renvoie à l’article 458 du Code pénal dont il se dégage que l’expert consulté, même s’il n’est pas lié au secret de par sa profession, est à considérer comme dépositaire par état d’informations lui confiées et en tant que tel tombe sous l’application de la disposition pénale précitée. Le respect du secret professionnel est donc assuré et ce d’autant plus qu’il faut également se rapporter dans ce contexte à l’article 12 de la proposition de loi relative à la confidentialité des données et dont la teneur est la suivante:

„Art. 12.– Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l’application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l’exercice de sa mission et qui ont trait à l’exercice de celle-ci.“

Article 4 (ancien article 3)

Amendement 5

La commission propose de conférer à cet article la teneur amendée suivante:

*„Art. 4.– 1. Toute personne majeure ou mineure émancipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans **des dispositions de fin de vie** sa volonté qu’un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate:*

- *qu’elle est atteinte d’une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,*
- *qu’elle n’est plus en mesure de communiquer,*

– et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Dans les **dispositions de fin de vie** le déclarant exprime sa volonté, pour le cas où il ne pourrait plus l'exprimer, quant aux circonstances précises dans lesquelles il désire ou refuse de recevoir des soins, traitements et accompagnements ~~et lesquels~~, ainsi que, le cas échéant, les circonstances et conditions dans lesquelles il désire subir une euthanasie.

Les **dispositions de fin de vie** peuvent comprendre par ailleurs un volet spécifique où le déclarant fixe les dispositions à prendre quant au mode de sépulture et à la cérémonie de ses funérailles. ~~ainsi que sa volonté quant au don d'organes après sa mort.~~

Dans les **dispositions de fin de vie**, le déclarant peut désigner **une personne de confiance majeure, qui met** le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à ~~leur~~ son égard.

Les **dispositions de fin de vie** peuvent être faites à tout moment. Elles doivent être constatées par écrit, datées et signées par le déclarant.

2. Si la personne qui souhaite rédiger les dispositions de fin de vie est dans l'impossibilité **physique** permanente de rédiger et de signer, ses **dispositions de fin de vie** peuvent être actées par écrit par une personne majeure de son choix. ~~pour autant qu'il ne s'agisse ni d'un héritier légal, ni d'un légataire universel que le déclarant aura l'intention de désigner dans son testament.~~ Les **dispositions de fin de vie** se feront en présence de deux témoins majeurs. ~~dont l'un au moins n'est ni l'héritier légal, ni le légataire universel du déclarant.~~ Les **dispositions de fin de vie** doivent alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Les **dispositions de fin de vie** doivent être datées et signées par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par **la** personne de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe aux **dispositions de fin de vie**.

Les **dispositions de fin de vie** seront enregistrées, dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la ~~Direction de la Santé~~ **Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation**.

Les **dispositions de fin de vie** peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. La ~~Direction de la Santé~~ **Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation** est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la **Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation**. Toutefois aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire en vertu du paragraphe 3 qui suit, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.

Tout médecin traitant un patient en fin de vie ou atteint d'une affection grave et incurable est tenu de s'informer auprès de la **Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation** si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées.

Les modalités relatives à l'enregistrement des dispositions de fin de vie ainsi qu'à l'accès de ces dispositions par les médecins en charge d'une personne en fin de vie peuvent être déterminées par règlement grand-ducal.

Ce règlement pourra proposer une formule de disposition de fin de vie dont les déclarants peuvent se servir.

3. Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite de dispositions de fin de vie telles que prévues aux alinéas 1er et 2, ne commet **ni faute ni** infraction s'il constate:

- 1) que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
 - 2) qu'il est inconscient,
 - 3) et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Dans tous les cas, et avant de procéder à l'euthanasie, le médecin a l'obligation de:

- 1) consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier

médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans **les dispositions de fin de vie**, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation. Le médecin consulté doit être impartial à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

- 2) s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu des **dispositions de fin de vie** avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;
- 3) si **les dispositions de fin de vie désignent** une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;
- 4) si **les dispositions de fin de vie désignent** une personne de confiance, s'entretenir de la volonté du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

Les dispositions de fin de vie ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés dans le dossier médical du patient.

Par le biais de cet amendement, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale propose en premier lieu de remplacer l'expression „testament de vie“ par celle de „dispositions de fin de vie“, terminologie plus appropriée. Ensuite, l'amendement prévoit l'enregistrement des demandes auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, ceci en lieu et place de la Direction de la Santé à laquelle le texte initial proposait d'attribuer cette mission. Du fait qu'il appartiendra à cette instance de contrôler les actes d'euthanasie et d'assistance au suicide, il est logique d'y déposer également les dispositions de fin de vie.

Ensuite l'amendement prévoit la suppression de la possibilité de déterminer dans les dispositions de fin de vie des modalités relatives au don d'organes, étant donné qu'il existe une législation en vigueur plus favorable à ce sujet.

L'amendement introduit une obligation pour le médecin de s'informer activement sur l'existence des dispositions de fin de vie de son patient en se renseignant auprès de l'instance officielle d'enregistrement.

C'est précisément aussi pour permettre au médecin de répondre à cette obligation que le texte prévoit que les dispositions de fin de vie ainsi que les changements y relatifs doivent être enregistrés, dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique, auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation.

La phrase qui précède celle qu'il est proposé d'ajouter à l'alinéa 4 du paragraphe 2 prévoit l'enregistrement des dispositions de fin de vie et des changements à y apporter. La disposition de fin de vie demandant une euthanasie „pour le cas où“ est un document à ce point sensible qu'il convient de le soumettre à la formalité de l'enregistrement. Tout changement, par exemple un changement élargissant les cas de figure dans lesquels le patient désire qu'il soit mis fin à sa vie, doit être soumis à la même formalité. Toutefois, si le médecin se trouve, d'une part, confronté à une disposition de fin de vie dûment enregistrée demandant l'euthanasie et, d'autre part, à des renseignements obtenus au cours de la consultation devant précéder l'acte aux termes desquels le patient aurait retiré même oralement seulement cette volonté, même sans avoir été en mesure ou sans avoir pensé à enregistrer ce revirement, priorité doit être donnée au maintien de la vie. Ceci résulte d'ailleurs implicitement de toute la procédure de consultation prévue au paragraphe 3. Mieux vaut le dire explicitement.

Dans sa teneur actuelle l'alinéa 6 du paragraphe 2 abandonne à un règlement grand-ducal de fixer les modalités relatives à „la présentation, à la conservation, à la confirmation et au retrait de la déclaration ainsi qu'à la demande d'information du médecin“. Ce texte est étroitement calqué sur la loi belge en la matière qui prévoit cependant une „présentation“ de la directive auprès de l'officier d'état civil de la commune où le déclarant habite, l'enregistrement n'étant que facultatif. Il convient d'employer dans la loi nationale le terme „enregistrement“, les modalités de l'enregistrement embrassant par ailleurs celles de sa conservation et de sa révision.

Plutôt que d'une „demande d'information“ du médecin il se recommande de parler d'un accès du médecin à la disposition de fin de vie, celui-ci pouvant se faire via des moyens informatiques.

Finalement sans imposer une formule de disposition de fin de vie seule valable, le règlement à intervenir pourra proposer un modèle.

Dans son deuxième avis complémentaire, le Conseil d'Etat remarque que l'amendement maintient dans cet article la condition de l'incapacité de communiquer dans le chef de la personne concernée

d'une demande d'euthanasie dans les dispositions de fin de vie, et ne semble donc pas exiger la condition d'un coma irréversible. Selon le Conseil d'Etat, le texte ouvrirait ainsi la voie de l'euthanasie pour les personnes atteintes de démence et qui ne peuvent plus prendre de décision de façon autonome, pour autant qu'elles aient formulé une demande d'euthanasie dans une disposition de fin de vie. A titre d'exemple, le Conseil d'Etat relève que tel ne serait alors le cas dans la maladie d'Alzheimer, où la personne atteinte reste consciente mais n'est plus en mesure de communiquer. Le Conseil d'Etat en renvoyant à ses observations d'ordre général, insiste sur cette différence notable avec le texte de la loi belge relative à l'euthanasie qui précise que la personne concernée doit être inconsciente.

Le Conseil d'Etat ajoute que le paragraphe 3 de cet article par contre prévoit comme condition de la dépénalisation du médecin qui pratique l'euthanasie sur une demande formulée par la personne concernée un état d'inconscience irréversible. Aussi le Conseil d'Etat demande-t-il de lever cette incohérence et de cerner correctement le champ d'application des dispositions de fin de vie.

La commission parlementaire, dans le souci d'enlever au texte toute ambiguïté éventuelle et pour faire droit à la critique du Conseil d'Etat visant l'écart du texte par rapport à la loi belge sur cet important point, décide de reprendre au deuxième tiret de l'alinéa 1er du 1er paragraphe de l'article 4 le texte de la loi belge du 28 mai 2002 ainsi libellé (amendement 10 du 30 octobre 2008):

„– qu'elle (= la personne ayant demandé l'euthanasie) est inconsciente“.

Dans son 3e avis complémentaire, le Conseil d'Etat note que la commission parlementaire a suivi la proposition qu'il avait émise.

Le Conseil d'Etat constate en outre que cet amendement maintient les dispositions „quant aux circonstances précises dans lesquelles il [le patient] désire ou refuse de recevoir des soins, traitements et accompagnements“. Il rappelle qu'il avait rendu attentif à l'incompatibilité de ces dispositions, pour des raisons de sécurité juridique, avec les dispositions sur la directive anticipée inscrites dans le projet de loi 5584 sur les soins palliatifs. Le Conseil d'Etat exige, sous peine d'opposition formelle, de réserver les dispositions concernant un refus de traitement en fin de vie au projet de loi précité, relatif à une démarche palliative, et donc de supprimer le deuxième alinéa du premier paragraphe de l'article 4 sous examen.

La commission s'est largement penchée sur ce point et a retenu ce qui suit: concrètement l'incompatibilité motivant l'opposition formelle du Conseil d'Etat a résidé dans le fait que, sous des conditions de fond et de forme différentes, les souhaits du patient concernant le refus de traitement dans une situation médicale déterminée peuvent à la fois être inscrits dans la directive anticipée prévue dans le projet de loi sur les soins palliatifs et dans les dispositions de fin de vie prévues par la présente proposition de loi sur l'euthanasie. D'où la demande du Conseil d'Etat de réserver ce volet à la loi palliative et, par conséquent, de supprimer la référence au refus de traitement au 2e alinéa du paragraphe 1er de l'article 4 dont le libellé était le suivant:

„Dans les dispositions de fin de vie le déclarant exprime sa volonté, pour le cas où il ne pourrait plus l'exprimer, quant aux circonstances précises dans lesquelles il désire ou refuse de recevoir des soins, traitements et accompagnements ainsi que, le cas échéant, les circonstances et conditions dans lesquelles il désire subir une euthanasie.“

La commission reprend la proposition du Conseil d'Etat de biffer cet alinéa et propose parallèlement de reformuler légèrement le premier alinéa de ce paragraphe en lui conférant la teneur suivante:

„1. Toute personne majeure et capable peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans des dispositions de fin de vie les circonstances et conditions dans lesquelles elle désire subir une euthanasie si le médecin constate:“ (...)

Désormais, il est donc clairement précisé que le seul contenu des dispositions de fin de vie est bel et bien la volonté du patient de subir une euthanasie sous certaines circonstances et conditions, à l'exclusion de toute disposition concernant le refus de soins, volet qui est donc réservé à la future loi sur les soins palliatifs.

*

Une nouvelle proposition d'amendement concerne la phrase introductive du paragraphe 3 de l'article 4 qui prend la teneur suivante (amendement 4 du 30 octobre 2008):

„3. N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts, le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie à la suite des dispositions de fin de vie telles que prévues aux paragraphes 1er et 2, si le médecin constate: ...“

Or, dans son troisième avis complémentaire du 25 novembre 2008, le Conseil d'Etat qui met en relation les articles 2, 4 et 14, exprime une nouvelle opposition formelle se basant sur la non-cohérence dans l'application de la dépenalisation et des sanctions disciplinaires. La Haute Corporation fait une proposition de texte que la commission a fait sienne au cours de sa réunion du 27 novembre 2008:

„3. N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts, le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie à la suite de dispositions de fin de vie telles que prévues aux paragraphes 1er et 2, si le médecin constate:

- 1) que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,*
- 2) qu'il est inconscient,*
- 3) que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.*

et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la loi.

Le médecin doit dans tous les cas et avant de procéder à l'euthanasie respecter les conditions de forme et de procédure suivantes: (...)

Le quatrième alinéa du paragraphe 1 tel qu'il a été amendé est libellé comme suit:

„Dans les dispositions de fin de vie, le déclarant peut désigner une personne de confiance majeure, qui met le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à son égard.“

Le Conseil d'Etat constate que le texte limite à une seule le nombre de personnes de confiance, probablement afin d'éviter le risque de recueillir des opinions divergentes quant à la dernière volonté du déclarant. Le Conseil d'Etat rend attentif au fait que sur ce point encore la proposition de loi ne suit pas l'exemple belge où le déclarant peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, et où chaque personne de confiance remplace celle qui précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès.

Les auteurs de la proposition de loi ont expliqué que c'est à dessein qu'ils ont proposé une seule personne de confiance, notamment aussi pour les raisons supposées par le Conseil d'Etat. Rien n'empêche le déclarant de modifier également ce volet de ses dispositions de fin de vie. Ainsi, la commission confirme le texte amendé.

*

L'alinéa 4 du paragraphe 2 de l'article 4 prévoit que les dispositions de fin de vie peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. Tout médecin traitant un patient en fin de vie ou atteint d'une affection incurable est tenu de s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées. Le Conseil d'Etat relève que ces dispositions présupposent une accessibilité adéquate au „système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie“.

En ce qui concerne la dotation en personnel requise à cet effet, le Conseil d'Etat recommande d'assurer le cadre administratif requis par une entité administrative existante.

L'alinéa 4 du paragraphe 2 prévoit également que la Commission nationale de contrôle et d'évaluation est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant.

Le Conseil d'Etat se demande s'il s'agit d'une obligation de moyens ou d'une obligation de résultat. Il s'interroge sur le sort des dispositions de fin de vie qui ne sont ni infirmées ni confirmées, pour raisons diverses, après cinq ans.

La commission précise qu'il s'agit bien d'une obligation de résultat dans le chef de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation qui doit donc pouvoir prouver la demande de confirmation adressée au déclarant, étant entendu qu'en vertu du principe „qui ne dit mot, consent“, l'absence de réponse implique que le déclarant confirme ses dispositions antérieurement exprimées.

Sous le bénéfice des remarques qui précèdent, les paragraphes 2 et 3 de l'article 4 sont confirmés dans leur teneur amendée.

*

Par analogie à la notion retenue au point 3 du paragraphe 2 de l'article 2, un nouvel amendement du 30 octobre 2008 modifie l'alinéa 5 du paragraphe 2 de l'article 4 qui prend la teneur suivante (amendement 11 du 30 octobre 2008):

„Tout médecin traitant un patient en fin de vie ou un patient se trouvant dans une situation médicale sans issue est tenu de s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées.“

Cet amendement donne suite aux remarques du Conseil d'Etat et ce dernier l'approuve dans son 3e avis complémentaire.

Amendement minoritaire 6

Concernant ce même article, la commission est saisie de l'amendement minoritaire 6 consistant à remplacer le chapitre III actuel par un chapitre III nouveau intitulé „Des dispositions de fin de vie“ et ainsi libellé:

„Art. 3.– Toute personne majeure ou mineure émancipée capable peut, pour le cas où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté, consigner sa volonté dans des dispositions de fin de vie. Les dispositions de fin de vie énoncent les circonstances dans lesquelles leur auteur désire ou refuse de recevoir des soins, sa volonté concernant l'étendue, la limitation et l'arrêt du traitement ainsi que, le cas échéant, les circonstances dans lesquelles il souhaite bénéficier d'une aide à mourir dans les conditions de la présente loi.

Une directive anticipée au sens de la loi du (...) relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie qui comprendrait une demande d'aide à mourir est à considérer comme un document de dispositions de fin de vie au sens de la présente loi. La volonté de l'auteur est à respecter conformément à la présente loi.

La demande de renonciation à tout traitement exprimée dans les dispositions de fin de vie doit être respectée si la condition de son auteur correspond à la situation visée par celui-ci et qu'elle est irréversible selon l'état actuel et prévisible de la science.

Le médecin ne commet pas d'infraction s'il pratique une aide à mourir dans les conditions de la présente loi et conformément à la volonté de l'auteur des dispositions de fin de vie s'il constate

- que les conditions de l'article 2 sont remplies,*
- que la condition de l'auteur correspond à celle visée par lui dans ses dispositions de fin de vie,*
- qu'il n'est plus en mesure de communiquer,*
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel et prévisible de la science.*

L'auteur de dispositions de fin de vie peut y désigner une ou plusieurs personnes de confiance, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à leur égard.

Les dispositions de fin de vie peuvent être faites à tout moment. Elles doivent être constatées par écrit, datées et signées par leur auteur. Elles seront enregistrées dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la Direction de la Santé.

Si la personne qui souhaite consigner ses dispositions de fin de vie est dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, ses dispositions de fin de vie peuvent être actées par écrit par une personne de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès de la personne dont elle consignera la volonté. Les dispositions de fin de vie sont actées en présence de deux témoins. Elles doivent alors préciser que leur auteur ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Les dispositions de fin de vie doivent être datées et signées par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la ou les personne(s) de confiance. Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe aux dispositions de fin de vie.

Les dispositions de fin de vie peuvent être retirées ou modifiées à tout moment par leur auteur.

Les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés seront fixées par règlement grand-ducal.

Les dispositions de fin de vie ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du collège de praticiens consulté, sont consignés dans le dossier médical du patient.“

La motivation détaillée de cet amendement minoritaire était la suivante: L'amendement avait pour objet principal de remplacer l'expression de „testament de vie“ par celle de „dispositions de fin de vie“. En outre, il vise la clarification d'un certain nombre de dispositions de l'article 3 actuel de la proposition de loi, notamment l'effet du document intitulé „dispositions de fin de vie“, autrement dit, des suites à lui donner.

Il est utile de préciser dans le texte de la proposition de loi qu'une directive anticipée – le document prévu par le projet de loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie – est à considérer comme un document de dispositions de fin de vie dès lorsqu'elle contient une demande d'aide à mourir. Ceci évitera toute question qui pourrait se poser quant aux suites à réserver à une telle demande dans le contexte d'un document qui ne serait pas intitulé „dispositions de fin de vie“, mais plutôt „directive anticipée“. Toute demande d'aide à mourir doit recevoir les suites qui lui sont réservées par les dispositions de la proposition de loi sous amendements.

Sur le terrain de la terminologie, il y a lieu d'exprimer clairement que le document visé n'est pas un testament au sens général de ce terme, mais l'expression des souhaits d'une personne quant à la manière dont elle souhaite mourir ou dont elle souhaite être prise en charge avant sa mort, pour le cas où elle ne serait plus en mesure de les exprimer elle-même quand le moment en serait venu. Il s'agit de dispositions de fin de vie – il est raisonnable de les appeler donc ainsi dans le texte. Un testament vise par essence la période suivant la mort de son auteur. Les dispositions de fin de vie, elles, concernant la période précédant sa mort ainsi que la mort elle-même. Ces deux choses ne sont pas à confondre.

Ensuite, il y a lieu de préciser que le souhait de l'auteur est à respecter par le médecin traitant.

Autrement dit: si des dispositions de fin de vie existent et contiennent une demande d'aide à mourir, le médecin traitant doit déclencher la procédure visée à l'article 2 et faire intervenir le collègue de praticiens, s'il est disposé à prodiguer l'aide demandée.

Une précision dans le texte établit que la condition du patient doit correspondre à celle visée par lui dans les dispositions de fin de vie et être irréversible selon l'état actuel et prévisible de la science. En effet, si le collègue en vient à la conclusion qu'il est probable que le progrès médical dégage d'autres options de traitement efficace dans un avenir proche, il serait déraisonnable de pratiquer une aide à mourir avant qu'un nouveau traitement ne puisse être essayé et son efficacité testée par rapport à la condition du patient en question.

Finalement, il n'est pas nécessaire de décliner ici une nouvelle fois les conditions dans lesquelles une aide à mourir peut être prodiguée sans qu'il n'y ait poursuites pénales: ces principes ont été établis à l'article 2, et l'acte sera le même, s'il est pratiqué dans les conditions de la loi.

L'amendement minoritaire est rejeté par la commission parlementaire.

Article 5 (ancien article 4)

Amendement 6

Cet amendement consiste à compléter l'article 5 par la mention expresse de l'assistance au suicide, alors les dispositions relatives à l'enregistrement concernent à la fois les actes d'euthanasie que l'assistance au suicide. Par cet amendement, la commission ne fait donc que redresser un oubli matériel dans le texte initial de la proposition de loi.

L'article 5 est dès lors rédigé comme suit:

*„Le médecin qui pratique une euthanasie **ou une assistance au suicide** remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation visée à l'article 6 de la présente loi.“*

Cet amendement n'a suscité aucune observation particulière du Conseil d'Etat.

Amendement minoritaire 7

Par souci de cohérence terminologique, les auteurs des amendements minoritaires proposent de remplacer les termes „*pratique une euthanasie*“ par „*pratique une aide à mourir*“.

Dans la logique des décisions antérieurement prises, cet amendement a été rejeté. Il en est de même en ce qui concerne l'amendement minoritaire 11.

L'article 5 a subi de nouvelles adaptations le 30 octobre 2008 (amendement 12), en ce que la commission propose de remplacer l'expression „quatre jours ouvrables“ par les mots „huit jours ouvrables“. Le délai est ainsi clairement circonscrit et ne pourra donner lieu à contestation, quels que soient les hasards du calendrier.

Dans son 3e avis complémentaire, le Conseil d'Etat propose de remplacer le terme „remet“ par ceux de „doit remettre“ afin de les faire concorder avec la formulation retenue à l'endroit du paragraphe 2 de l'article 2 et de souligner ainsi le caractère obligatoire de la procédure en question, dont le non-respect devra entraîner des sanctions disciplinaires et donner, le cas échéant, lieu à une action civile.

La proposition du Conseil d'Etat est retenue par la commission parlementaire.

Article 6 (ancien article 5)

Amendement 7

Cet amendement vise à remplacer le paragraphe 2 de l'article 6 par le texte suivant:

„2. La Commission se compose de neuf membres, désignés sur base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission. Trois Membres sont docteurs en médecine, dont un possède une qualification et une expérience spécifique relative au traitement de la douleur. Ils sont proposés par le Collège médical.

Trois membres sont juristes, dont un avocat à la Cour proposé par le conseil de l'Ordre des Avocats, un magistrat proposé par la Cour supérieure de Justice et un professeur en droit de l'Université du Luxembourg.

Un membre est issu des professions de santé et proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.

Un membre est proposé par la commission consultative des droits de l'Homme et un membre est représentant d'une organisation ayant comme objet la défense des droits du patient.

Les membres de la Commission sont nommés par le Grand-Duc pour une durée de trois ans. Le mandat est renouvelable trois fois.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement ou du Conseil d'Etat. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition qu'au moins sept de ses membres soient présents. Elle prend ses décisions à la majorité simple.“

La commission entend ainsi préciser la composition de la Commission. Les trois groupes qui y sont représentés sont les médecins, les juristes et des représentants de la société civile disposant d'une expérience ou des connaissances spécifiques en la matière.

Les membres sont proposés par leurs corps respectifs ou par l'organisation qu'ils sont appelés à représenter au sein de la Commission. Les corps sont libres de proposer les personnes de leur choix pour autant qu'elles disposent de la qualification requise.

Pour ce qui est des représentants du corps médical, il y a lieu de préciser qu'il appartiendra au Collège médical de les proposer et qu'un des trois membres possédera une expérience spécifique relative au traitement de la douleur.

Les incompatibilités prévues pour les mandats de député ou de membre du gouvernement sont étendues aux conseillers d'Etat.

Pour assurer une séparation des pouvoirs et une indépendance optimale de la Commission, les membres proposés par les corps respectifs feront l'objet d'une nomination par le Grand-Duc.

A l'alinéa final, il est précisé que la Commission peut prendre des décisions à la majorité simple à condition que sept membres soient présents.

Dans son deuxième avis complémentaire, le Conseil d'Etat se demande dans quelle mesure la participation au choix de candidats pour une commission d'évaluation et de consultation correspond à l'objet d'organes consultatifs comme la Commission nationale d'éthique et la Commission consultative des droits de l'Homme.

Dans ce même ordre d'idées, il convient de citer une lettre de la Commission consultative des droits de l'Homme qui fait savoir que son implication dans la composition de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation est incompatible avec son mandat lequel ne concerne que des questions d'ordre général et non pas des cas individuels. Voilà pourquoi, la commission a proposé de porter à deux

le nombre des membres représentant une organisation ayant comme objet la défense des droits des patients.

Par conséquent, l'alinéa 5 du paragraphe 2 est libellé comme suit (amendements 14 et 15 du 30 octobre 2008):

„Deux membres sont représentants d'une organisation ayant comme objet la défense des droits du patient.“

La commission propose d'insérer entre les alinéas 5 et 6 un alinéa nouveau ainsi libellé:

„Faute par un des organismes prémentionnés de procéder à une proposition dans le délai imparti, le Ministre ayant la santé dans ses attributions procédera à la proposition faisant défaut.“

Quant à l'amendement 14, le Conseil d'Etat s'interroge pourquoi le membre proposé par une organisation ayant comme objet la défense des droits du patient doit en être le représentant et se demande qui choisira l'organisation ayant comme objet la défense des droits du patient. Il propose le libellé suivant pour l'alinéa 5 du paragraphe 2 de l'article 6:

„Deux membres sont proposés par l'organisation représentative ayant comme objet la défense des droits du patient.“

Sur ce point, la commission maintient son texte amendé et ne suit pas la Haute Corporation.

L'amendement 15 devrait, aux yeux du Conseil d'Etat, éviter un blocage de la procédure de nomination et trouve son approbation.

Dans le cadre de sa deuxième série d'amendements, la commission est revenue sur le deuxième alinéa du paragraphe 2 de l'article 6 et a proposé un amendement nouveau (amendement 13 du 30 octobre 2008):

„Trois membres sont docteurs en médecine. Un membre est proposé par le Collège médical. L'organisation la plus représentative des médecins et médecins-dentistes propose deux membres dont un possède une qualification et une expérience spécifique relative au traitement de la douleur.“

En ce qui concerne les membres docteurs en médecine, la commission estime qu'il n'y a pas lieu de limiter le droit de proposition au seul Collège médical, mais de faire intervenir également l'organisation la plus représentative des médecins et médecins-dentistes, à savoir l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD), dans la procédure de nomination des membres de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation.

Le Conseil d'Etat constate dans son troisième avis complémentaire que la commission n'a pas argumenté la limitation du nombre de médecins nommés par le Collège médical à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, mais ne s'oppose pas à l'amendement en question.

Amendement minoritaire 8

Concernant ce même article, la commission a examiné un amendement visant à remplacer l'article 5 (nouveau 6) par le texte suivant:

„Art. 5.– Il est institué une Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.

La Commission se compose de neuf membres, nommés par le Grand-Duc, en raison de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission.

Ses membres sont répartis en trois catégories, comportant trois membres chacune:

- trois membres sont docteurs en médecine, dont un au moins possède une qualification et une expérience spécifiques en médecine palliative. Des membres docteurs en médecine, un est proposé par le Collège médical, un est proposé par l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes, et un est médecin proposé par l'Université du Luxembourg.*
- trois membres sont juristes, dont un est magistrat, un est avocat à la Cour, et un est professeur à l'Université du Luxembourg. Ces trois membres sont proposés par la Cour supérieure de Justice qui propose le membre magistrat, le Conseil de l'Ordre qui propose le membre avocat à la Cour, et l'Université du Luxembourg qui propose le membre professeur de droit.*
- trois membres possèdent une qualification et une expérience spécifiques en matière d'éthique et de droits de l'Homme. Un membre est proposé par la Commission Nationale d'Ethique, un*

membre est proposé par la Commission consultative des droits de l'Homme et un membre est proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.

La Commission élit parmi ses membres un président. Elle prend ses décisions à la majorité absolue de ses membres. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition que la moitié de ses membres soit présente. Elle établit son règlement d'ordre intérieur.“

Les auteurs de cet amendement ont souligné que la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation doit être un organe composé de manière à permettre une appréciation compétente de tout acte d'aide à mourir, sur les plans médical, juridique et éthique. Dès lors, cet amendement vise à:

- assurer que les membres de cette Commission soient nommés par le Grand Duc sur proposition d'organes et d'organisation dont l'objet se rapporte à celui du contrôle et de l'évaluation à mettre en œuvre par elle, sans que ces personnes ne doivent se soumettre à un vote de la Chambre des Députés. En effet, l'intervention du parlement dans la composition d'une telle commission doit être écartée: l'activité de la commission n'a aucun aspect législatif, politique, institutionnel ou parlementaire au sens large.
- spécifier les qualifications des membres de la commission en établissant qu'il s'agit de, respectivement, trois médecins, juristes et spécialistes d'éthique et de droits de l'Homme, et en clarifiant qui pourra les proposer à la nomination par le Grand Duc.

En outre, l'amendement élimine du texte de la proposition de loi les incompatibilités de fonctions.

Ces incompatibilités ne se justifient guère, dans la mesure où il est absolument invraisemblable qu'à partir du mode de proposition des membres prévu par l'amendement, un mandataire politique ne soit désigné par l'un des organes habilités à proposer des membres. Si jamais, un député ou un conseiller d'Etat était quand même proposé, il n'existe pas de raison convaincante pour laquelle cette personne, choisie en raison de ses compétences médicales, juridiques ou en matière éthique, ne devrait pas pouvoir faire partie de la Commission.

Vu l'acceptation de l'amendement de la commission parlementaire dans la teneur développée à l'endroit de l'amendement 7, l'amendement minoritaire 8 est devenu sans objet.

Article 7 (ancien article 6)

Amendement 8

Les modifications ponctuelles proposées par la commission dans le cadre de cet amendement ont pour objet de changer l'ordre des éléments dans l'énumération du dernier alinéa, ceci afin de souligner que l'existence d'un testament de vie ou d'une demande d'euthanasie ou de suicide assisté est le facteur le plus important à prendre en considération lors de la délibération.

Par ailleurs, la possibilité de consulter un expert, créée avec le nouvel article 3, est également prise en compte dans le deuxième volet des informations à fournir par le médecin.

Le changement au dernier tiret de l'article 7 est d'ordre purement rédactionnel.

Amendement 9

Cet amendement consiste à modifier le premier tiret (deuxième tiret suite à l'amendement 8) consacré au deuxième volet du document de déclaration officielle comme suit:

- *l'âge et le sexe du patient*

Le texte initial de la proposition de loi prévoyait que soient indiqués le sexe, la date et le lieu de naissance du patient. Hormis le fait que le lieu de naissance n'a aucune signification dans ce contexte, la mention de la date de naissance de cette personne à côté de son sexe permettrait de reconstituer son numéro de matricule de la sécurité sociale, et partant de l'identifier. Cette identification doit pourtant être exclue à ce stade de la procédure. Dès lors, il y a lieu de mentionner l'âge du patient ainsi que son sexe.

Amendement 10

Cet amendement consiste à biffer à l'article 7, le sixième tiret, dont la teneur est „si l'on peut estimer que le décès aura lieu à brève échéance;“.

Cet amendement s'impose, alors que ce texte est un résidu de la première mouture de la proposition de loi qui prévoyait encore l'intervention de la commission avant qu'une aide active à mourir ne soit

pratiquée. Dans le cas de l'intervention ex post de la commission, une telle disposition ne fait plus de sens.

Les amendements 8, 9 et 10 ne donnent pas lieu à des observations particulières du Conseil d'Etat et l'article 7 est ainsi maintenu dans la teneur amendée.

Amendement 11

Cet amendement à finalité terminologique n'a pas donné lieu à observation du Conseil d'Etat.

*

Concernant l'article 7, la commission était saisie des amendements minoritaires suivants:

Amendement minoritaire 9

Cet amendement vise à remplacer les tirets 3 à 5 de l'article 6 concernant le premier volet confidentiel du document de déclaration officielle par le texte suivant:

- „– les nom, prénoms, code médecin et domicile des médecins qui ont fait partie du collège consulté conformément à l'article 2, ainsi que les conclusions de ce collège;
- les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le collège, ainsi que la date de ces consultations;
- s'il existe des dispositions de fin de vie et qu'il désigne une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).“

L'amendement se justifie par le fait que l'intervention du collège de praticiens voulue par les amendements minoritaires rend nécessaire une adaptation de ce texte pour la prendre en considération. De même, il y a lieu de se référer aux dispositions de fin de vie, et non au testament de vie.

Amendement minoritaire 10

L'amendement propose de remplacer les tirets 9, 10 et 11 actuels de l'article 6 par le texte suivant:

- la qualification des médecins ayant fait partie du collège visé à l'article 2, et les conclusions de ce collège;
- la qualité des personnes consultées par le collège, et la date de ces consultations.

Les deux tirets prévus par cet amendement visent à prendre en compte le collège de praticiens voulu par l'amendement 5. Le dernier tiret de la proposition de loi est à biffer. Il constitue une incohérence conceptuelle dans une logique de contrôle ex post.

A noter qu'au sujet des amendements minoritaires 9 et 10, le Conseil d'Etat relève que le texte amendé comporte à présent une approche plus restrictive que celle adoptée par le législateur belge qui y a prévu l'indication du sexe, des date et lieu de naissance du patient, des date, lieu et heure du décès. De même, l'information si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance a été supprimée par l'amendement 10. L'article 7 a été maintenu dans la version telle qu'indiquée plus haut, de sorte que les amendements minoritaires sont devenus sans objet.

Article 8 (ancien article 7)

Amendement 12

La commission propose de donner aux alinéas 2 et 4 de l'article 8 la teneur amendée suivante:

„En cas de doute, la Commission peut décider, à la majorité simple de sept membres présents au moins de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide.

...

Lorsque, par décision prise à la majorité des voix de sept membres présents au moins, la Commission estime que les conditions prévues au paragraphe 2 de l'article 2 par la présente loi ne sont pas respectées, elle communique sa décision motivée au médecin traitant et envoie le dossier complet ainsi qu'une copie de la décision motivée au Collège médical. Ce dernier se prononce

dans un délai d'un mois. Le Collège médical décidera à la majorité de ses membres s'il y a lieu à poursuite disciplinaire. En cas de non-respect d'une des conditions prévues au paragraphe 1 de l'article 2 de la présente loi, la Commission transmet le dossier au Parquet. "

En premier lieu, l'amendement fournit une définition exacte de la notion de „majorité des voix“. En effet, une simple majorité des voix présentes pourrait assez rapidement devenir insignifiante en l'absence de l'exigence d'un quorum.

Parallèlement à la sécurité juridique renforcée par l'article 2 amendé, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale introduit l'intervention du Collège médical qui est saisie par la Commission lorsque des conditions de forme n'auront pas été respectées et qui décidera s'il y a lieu à poursuite disciplinaire. En cas de violation d'une des conditions de fond inscrites au paragraphe 1 de l'article 2, il appartiendra à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de saisir le Parquet.

L'amendement ne donne pas lieu à des observations particulières du Conseil d'Etat et le texte amendé est maintenu. Par conséquent, l'amendement minoritaire 11 relatif à l'article 8 est sans objet.

Amendement minoritaire 11

Cet amendement a proposé de remplacer pour des raisons de concordance terminologique, au deuxième alinéa de l'article 7, les termes „l'euthanasie ou à l'assistance au suicide“ par ceux „de l'aide à mourir“. Dans la logique des décisions antérieurement prises, l'amendement a été rejeté.

Article 9

Cet article concernant les différents rapports à adresser à la Chambre n'a pas été amendé et est maintenu dans la teneur votée.

Article 10 (ancien article 9)

Amendement 13

Dans un premier temps, la commission avait proposé de donner à l'article 10 la teneur suivante:

„Art. 10.– Le cadre administratif ainsi que les effectifs du personnel administratif à la disposition de la Commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales sont inscrits dans la loi budgétaire.“

La commission a estimé que la teneur initiale de cet article, prévoyant que le cadre et le personnel au service de la Commission soient déterminés par règlement grand-ducal, est constitutionnellement problématique. Afin de résoudre ce problème, et dans la mesure où la Commission n'aura pas besoin en permanence d'un effectif en personnel précis, il semble judicieux de prévoir que les besoins afférents soient inscrits dans la loi budgétaire.

Le Conseil d'Etat est d'avis que l'amendement qui prévoit que le cadre administratif ainsi que les effectifs du personnel administratif à la disposition de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation sont inscrits dans la loi budgétaire ne répond pas aux exigences de l'article 35, alinéa 2 de la Constitution. En raison du principe de l'annalité, la loi budgétaire ne saurait établir un cadre administratif permanent. Aussi le Conseil d'Etat **s'oppose-t-il formellement au libellé proposé.**

Le Conseil d'Etat relève que le personnel administratif adjoint à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation a pour missions:

- d'assurer l'appui nécessaire aux travaux de la Commission;
- de procéder à l'enregistrement des dispositions de fin de vie;
- d'assurer l'information des médecins sur l'enregistrement de dispositions de fin de vie, étant entendu que ce service doit être accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Après avoir entendu les explications de M. le Ministre de la Santé, la commission souligne que les suppositions du Conseil d'Etat concernant la nécessité d'une accessibilité permanente du service en question ne répondent pas aux exigences pratiques effectives. Il n'est pas envisagé de prévoir une aussi large permanence du service.

Par conséquent, à ce stade la permanence auquel se réfère le Conseil d'Etat correspond à une déduction de sa part et qu'il faudra éventuellement reconsidérer au vu des expériences pratiques. Néanmoins, la commission partage l'avis du Conseil d'Etat que la rationalité administrative s'oppose à prévoir un

cadre particulier pour un volume de travail limité et qu'il faut disposer d'un pool de personnel suffisant pour organiser un accès permanent.

La commission se rallie dès lors à la proposition de texte du Conseil d'Etat qui est libellée comme suit:

„Art. 10. Pour l'accomplissement de sa mission, la Commission peut recourir au personnel administratif mis à sa disposition par l'administration gouvernementale.“

Article 11 (ancien article 10)

Amendement 14

Dans une première série d'amendements, la commission a proposé de rédiger l'article 11 comme suit:

„Art. 11.– Pour les besoins du système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie le Ministre de la Santé est autorisé à procéder à des engagements de personnel à occuper à titre permanent et à tâche complète, dont le nombre ne peut pas dépasser deux unités.

Les autres frais de fonctionnement de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, y compris les indemnités de ses membres, sont inscrits à la loi budgétaire.“

La commission a estimé que le personnel requis pour les besoins de l'enregistrement des dispositions de fin de vie fait actuellement défaut au Ministère de la Santé. Le besoin en personnel ad hoc dépend notamment des modalités d'accès des médecins aux dispositions enregistrées et ne peut être actuellement évalué avec précision, mais il ne devrait pas dépasser deux agents en équivalent plein temps.

Le Conseil d'Etat estime que l'engagement de personnel, par dépassement des effectifs budgétaires, prévu à l'alinéa 1er de l'article sous revue ne saurait faire partie du corps de texte, mais devra faire l'objet d'une disposition transitoire, libellée comme suit:

„Chapitre VIII – Dispositions transitoires

Art. 15. Le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut procéder, par dépassement des nombres limites fixés dans la loi budgétaire, à l'engagement de deux agents pour les besoins de l'application de la présente loi.“

Comme les frais de fonctionnement de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation constituent une charge permanente pour le budget de l'Etat, le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de libeller l'article sous revue comme suit:

„Art. 10. Les frais de fonctionnement de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation sont à charge du budget de l'Etat.“

La commission a repris ces propositions de texte du Conseil d'Etat, étant entendu que les articles 10 et 15 proposés par le Conseil d'Etat deviennent les articles 11 et 16 dans la numérotation finale de la commission, compte tenu du maintien de l'article 3 nouveau.

Articles 12 et 13

Sans observations.

Article 14 initial supprimé

Amendement 15

La commission propose la suppression de l'article 14 du texte initial.

En effet, la fiction juridique suivant laquelle une personne ayant bénéficié d'une aide à mourir n'est conçue que pour garantir un accès normal aux prestations d'une assurance-vie souscrite par la personne décédée. Une telle fiction juridique pourrait constituer une incitation pour les héritiers potentiels de procéder à une prise d'influence inadmissible sur la personne en fin de vie concernant une accélération possible de son décès.

La suppression de l'article 14 initial n'a pas suscité d'observations du Conseil d'Etat.

Article 14 nouveau

Amendement 16

La commission avait proposé dans son premier train d'amendements d'insérer dans le texte légal un article 14 nouveau ainsi libellé:

„L'article 397 du Code pénal est complété par un deuxième alinéa, rédigé comme suit:

„Toutefois, par exception et sous le contrôle du juge, il n'y a ni crime ni délit lorsque les faits visés aux articles 393 et 394 ont été commis par un médecin suite à une demande à mourir dans les conditions et selon les procédures prévues par la loi.“ “

L'article 397 du Code pénal traite de l'empoisonnement, qui est la variante de l'assassinat perpétrée à l'aide de l'administration à la victime de substances létales. Il s'agit du dernier article du chapitre du Code consacré aux homicides volontaires.

L'euthanasie ou l'assistance au suicide, à l'heure actuelle, se concevraient vraisemblablement, en droit pénal, comme un empoisonnement. Bien entendu, l'infraction pourrait être qualifiée différemment, ou correctionnalisée au niveau de l'homicide aux circonstances atténuantes, voire excusée, entraînant l'acquittement de son auteur. Toutefois, comme la proposition de loi a pour but principal de dépénaliser formellement l'euthanasie ou l'assistance au suicide pratiquées dans les circonstances qu'elle établit, il est raisonnable de spécifier, dans le Code pénal même, que par exception aux règles générales du droit pénal, le fait de donner la mort à la demande expresse d'une personne qui se trouve dans les conditions prévues par la loi n'est pas punissable.

Bien entendu, la dépénalisation ne saurait être absolue et totale – aucun acte donnant la mort ne saurait se situer complètement en dehors d'une faculté d'appréciation judiciaire dans un Etat de droit.

Ceci est la raison pour laquelle, la commission estimait nécessaire de spécifier que le juge garde un droit de regard.

Le Conseil d'Etat a renvoyé à ses observations à l'endroit de l'amendement 3a concernant l'article 2, paragraphe 1, alinéa 1er et a réitéré son opposition formelle à la présence de deux textes laissant l'étendue de la dépénalisation incertaine et se différenciant de par leurs conditions d'application.

Compte tenu de l'argumentaire juridique fondé du Conseil d'Etat et l'article 14 étant lié aux articles 2 et 4, ces textes ont fait l'objet des amendements 1 à 5 du 30 octobre 2008. Rappelons que ces amendements ont tous une seule et même finalité, à savoir apporter aux endroits appropriés les modifications textuelles s'imposant suite à l'opposition formelle du Conseil d'Etat en ce que les articles en question laissent, selon le Conseil d'Etat, „l'étendue de la dépénalisation incertaine et se différencient de par leurs conditions d'application“.

Ainsi, la Commission a proposé d'introduire dans le Code pénal un article 397-1 nouveau libellé comme suit:

„Art. 397-1.– Ne tombe pas sous le champ d'application de la présente section le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide dans le respect des conditions de fond visées à la loi du ... sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.“

Parallèlement, il est proposé à l'article 2 de reprendre une formulation calquée sur celle figurant dans le projet de loi sur les soins palliatifs en rédigeant cet alinéa comme suit:

„N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, si les conditions de fond suivantes sont remplies:“

Ces amendements n'ont plus donné lieu à observation particulière du Conseil d'Etat dans son 3e avis complémentaire.

Article 15 (ancien article 13)

Amendement minoritaire 12

A l'article 13 (nouvel article 15), il est proposé de remplacer les termes de „euthanasie ou aide au suicide“ par ceux de „aide à mourir“.

Par analogie aux décisions antérieures dans ce contexte prises par la commission parlementaire, cet amendement est devenu sans objet.

Article 16

Il est renvoyé au commentaire de l'article 11 ci-dessus.

*Article 17 nouveau**Amendement 17*

Dans un premier temps, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a proposé de compléter la proposition de loi par un article 17 nouveau rédigé comme suit:

„La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 2009.“

L'application de la loi ne sera possible qu'après notamment la détermination des formalités d'enregistrement des dispositions de fin de vie et la mise en place de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation. Voilà pourquoi, il avait été prévu de différer son entrée en vigueur au 1er janvier 2009.

Compte tenu de l'évolution de la procédure législative, la commission a décidé dans sa réunion du 4 décembre 2008 de supprimer cet article de sorte que la loi entrera en vigueur trois jours après la publication au Mémorial. Cette suppression n'est pas constitutive d'un amendement, alors que la version initiale de la proposition de loi avisée par le Conseil d'Etat faisait également abstraction d'une disposition particulière sur l'entrée en vigueur.

*

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale recommande à la Chambre des Députés de voter le texte dans la teneur qui suit:

*

III. TEXTE COORDONNE PROPOSE PAR LA COMMISSION DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE

Chapitre I – Dispositions générales

Art. 1er.– Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci.

Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci.

Chapitre II – La demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, conditions et procédure

Art. 2.– 1. N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, si les conditions de fond suivantes sont remplies:

- 1) le patient est majeur capable et conscient au moment de sa demande;
- 2) la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
- 3) le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique;
- 4) la demande du patient d'avoir recours à une euthanasie ou une assistance au suicide est consignée par écrit.

2. Le médecin doit dans tous les cas, avant de procéder à une euthanasie ou une aide au suicide, respecter les conditions de forme et de procédure suivantes:

- 1) informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver à la conviction que la demande du patient est volontaire et qu'aux yeux du

patient il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation. Les entretiens sont consignés au dossier médical, la consignation valant preuve de l'information;

- 2) s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté exprimée récemment respectivement réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;
- 3) consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et sans perspective d'amélioration de sa souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être impartial, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;
- 4) sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec l'équipe soignante en contact régulier avec le patient ou des membres de celle-ci;
- 5) sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec la personne de confiance que celui-ci désigne dans ses dispositions de fin de vie ou au moment de sa demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide;
- 6) s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer;
- 7) s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées.

La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il se trouve dans l'impossibilité physique permanente de rédiger et de signer sa demande, cette dernière est actée par écrit par une personne majeure de son choix.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit et signée par le patient ou la personne qui a rédigé la demande en présence du médecin traitant dont le nom devra également être indiqué dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Art. 3.– Le médecin traitant peut, s'il en éprouve le besoin, se faire accompagner voire conseiller par un expert de son choix et verser l'avis ou l'attestation de l'intervention de ce dernier au dossier du patient. S'il s'agit d'une expertise médicale, l'avis ou l'attestation est versé au dossier du patient.

Chapitre III – Des dispositions de fin de vie

Art. 4.– 1. Toute personne majeure et capable peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans des dispositions de fin de vie les circonstances et conditions dans lesquelles elle désire subir une euthanasie si le médecin constate:

- qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- qu'elle est inconsciente,
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Les dispositions de fin de vie peuvent comprendre par ailleurs un volet spécifique où le déclarant fixe les dispositions à prendre quant au mode de sépulture et à la cérémonie de ses funérailles.

Dans les dispositions de fin de vie, le déclarant peut désigner une personne de confiance majeure, qui met le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à son égard.

Les dispositions de fin de vie peuvent être faites à tout moment. Elles doivent être constatées par écrit, datées et signées par le déclarant.

2. Si la personne qui souhaite rédiger des dispositions de fin de vie est dans l'impossibilité physique permanente de rédiger et de signer, ses dispositions de fin de vie peuvent être actées par écrit par une personne majeure de son choix. Les dispositions de fin de vie se feront en présence de deux témoins majeurs. Les dispositions de fin de vie doivent alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Les dispositions de fin de vie doivent être datées et signées par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la personne de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe aux dispositions de fin de vie.

Les dispositions de fin de vie seront enregistrées, dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation.

Les dispositions de fin de vie peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. La Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation. Toutefois, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire en vertu du paragraphe 3 qui suit, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.

Tout médecin traitant un patient en fin de vie ou un patient se trouvant dans une situation médicale sans issue est tenu de s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées.

Les modalités relatives à l'enregistrement des dispositions de fin de vie ainsi qu'à l'accès de ces dispositions par les médecins en charge d'une personne en fin de vie peuvent être déterminées par règlement grand-ducal.

Ce règlement pourra proposer une formule de disposition de fin de vie dont les déclarants peuvent se servir.

3. N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts, le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie à la suite de dispositions de fin de vie telles que prévues aux paragraphes 1er et 2, si le médecin constate:

- 1) que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- 2) qu'il est inconscient,
- 3) que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Le médecin doit, dans tous les cas et avant de procéder à l'euthanasie, respecter les conditions de forme et de procédure suivantes:

- 1) consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans les dispositions de fin de vie, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation. Le médecin consulté doit être impartial à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;
- 2) s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu des dispositions de fin de vie avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;
- 3) si les dispositions de fin de vie désignent une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;
- 4) si les dispositions de fin de vie désignent une personne de confiance, s'entretenir de la volonté du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

Les dispositions de fin de vie ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés dans le dossier médical du patient.

Chapitre IV – La déclaration officielle

Art. 5.– Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide doit remettre, dans les huit jours, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

Chapitre V – La Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation

Art. 6.– 1. Il est institué une Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation de l’application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.

2. La Commission se compose de neuf membres, désignés sur base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission.

Trois membres sont docteurs en médecine. Un membre est proposé par le Collège médical. L’organisation la plus représentative des médecins et médecins-dentistes propose deux membres dont un possède une qualification et une expérience spécifique relative au traitement de la douleur.

Trois membres sont juristes, dont un avocat à la Cour proposé par le conseil de l’Ordre des Avocats, un magistrat proposé par la Cour supérieure de Justice et un professeur en droit de l’Université du Luxembourg.

Un membre est issu des professions de santé et proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.

Deux membres sont représentants d’une organisation ayant comme objet la défense des droits du patient.

Faute par un des organismes prémentionnés de procéder à une proposition dans le délai imparti, le ministre ayant la Santé dans ses attributions procédera à la proposition faisant défaut.

Les membres de la Commission sont nommés par le Grand-Duc pour une durée de trois ans. Le mandat est renouvelable trois fois.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement ou du Conseil d’Etat. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu’à condition qu’au moins sept de ses membres soient présents. Elle prend ses décisions à la majorité simple.

3. La Commission établit son règlement d’ordre intérieur.

Art. 7.– La Commission établit un document de déclaration officielle qui doit être complété par le médecin et adressé à la Commission chaque fois qu’il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes:

- les nom, prénoms, domicile du patient;
- les nom, prénoms, code médecin et domicile du médecin traitant;
- les nom, prénoms, code médecin et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d’euthanasie ou d’assistance au suicide;
- les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que la date de ces consultations;
- s’il existait des dispositions de fin de vie et qu’ils désignaient une personne de confiance, les nom et prénoms de la personne de confiance qui est intervenue.

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la Commission. Il ne peut être consulté qu’après une décision, telle que visée à l’alinéa suivant du présent article. Ce volet ne peut en aucun cas servir de base à la mission d’évaluation de la Commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes:

- s’il existe des dispositions de fin de vie ou une demande d’euthanasie ou de suicide assisté;
- l’âge et le sexe du patient;
- la mention de l’affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
- la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
- les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée sans perspective d’amélioration;
- les éléments qui ont permis de s’assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pressions extérieures;
- la procédure suivie par le médecin;

- la qualification du ou des médecins consultés, l’avis et les dates de ces consultations;
- la qualité des personnes et de l’expert éventuellement consultés par le médecin, et les dates de ces consultations;
- les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a pratiqué l’euthanasie ou l’assistance au suicide et par quels moyens.

Art. 8.– La Commission examine le document de déclaration officielle dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur base du deuxième volet du document d’enregistrement, si les conditions et la procédure prévues par la présente loi ont été respectées.

En cas de doute, la Commission peut décider, à la majorité simple de sept membres présents au moins, de lever l’anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l’euthanasie ou à l’assistance au suicide.

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

Lorsque, par décision prise à la majorité des voix de sept membres présents au moins, la Commission estime que les conditions prévues au paragraphe 2 de l’article 2 par la présente loi ne sont pas respectées, elle communique sa décision motivée au médecin traitant et envoie le dossier complet ainsi qu’une copie de la décision motivée au Collège médical. Ce dernier se prononce dans un délai d’un mois. Le Collège médical décidera à la majorité de ses membres s’il y a lieu à poursuite disciplinaire. En cas de non-respect d’une des conditions prévues au paragraphe 1 de l’article 2 de la présente loi, la Commission transmet le dossier au Parquet.

Art. 9.– La Commission établit à l’attention de la Chambre des Députés, la première fois endéans les deux ans de l’entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans:

- a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d’enregistrement que les médecins remettent complété en vertu de l’article 8;
- b) un rapport contenant une description et une évaluation de l’application de la présente loi;
- c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d’autres mesures concernant l’exécution de la présente loi.

Pour l’accomplissement de ces missions, la Commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la Commission sont confidentiels.

Aucun de ces documents ne peut contenir l’identité d’aucune personne citée dans les dossiers remis à la Commission dans le cadre du contrôle prévu à l’article 8.

La Commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l’exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes de recherche qui en feraient la demande motivée.

Elle peut entendre des experts.

Art. 10.– Pour l’accomplissement de sa mission, la Commission peut recourir au personnel administratif mis à sa disposition par l’administration gouvernementale.

Art. 11.– Les frais de fonctionnement de la Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation sont à charge du budget de l’Etat.

Art. 12.– Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l’application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l’exercice de sa mission et qui ont trait à l’exercice de celle-ci.

Art. 13.– Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la Commission, visés à l’article 9, la Chambre des Députés organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution de la Chambre des Députés et/ou d’absence de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des Députés.

Chapitre VI – *Disposition modificative*

Art. 14.– Est introduit dans le Code pénal un article 397-1 nouveau ainsi libellé:

„**Art. 397-1.**– Ne tombe pas sous le champ d’application de la présente section le fait par un médecin de répondre à une demande d’euthanasie ou d’assistance au suicide dans le respect des conditions de fond visées à la loi du ... sur l’euthanasie et l’assistance au suicide.“

Chapitre VII – *Dispositions particulières*

Art. 15.– Aucun médecin n’est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.

Aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie ou une assistance au suicide.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide, il est tenu d’en informer le patient et/ou la personne de confiance, s’il en existe une, dans les 24 heures en précisant les raisons de son refus.

Le médecin qui refuse de donner suite à une demande d’euthanasie ou d’assistance au suicide est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

Chapitre VIII – *Disposition transitoire*

Art. 16.– Le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut procéder, par dépassement des nombres limite fixés dans la loi budgétaire, à l’engagement de deux agents pour les besoins de l’application de la présente loi.

Luxembourg, le 4 décembre 2008

La Présidente,

Lydia MUTSCH

Les Corapporteurs,

Lydie ERR

Jean HUSS

