

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Réunion retransmise en direct¹

Procès-verbal de la réunion du 15 juin 2026

Ordre du jour :

1. Huitième rapport de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (suite à la demande du groupe politique LSAP)
 - Présentation
 - Échange de vues
2. Divers

*

Présents : M. Marc Baum, Mme Djuna Bernard, Mme Taina Bofferding, M. Mars Di Bartolomeo, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, Mme Françoise Kemp, M. Ricardo Marques, Mme Mandy Minella remplaçant Mme Corinne Cahen, M. Georges Mischo, M. Gérard Schockmel, Mme Alexandra Schoos, membres de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

M. Sven Clement, observateur délégué

Mme Martine Deprez, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

M. Maurice Graf, M. François Prum, de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (CNCE)

Mme Alisa Babacic, M. Yann Flammang, Mme Véronique Michalski, de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Jeff Boonen, Mme Corinne Cahen, membres de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

*

Présidence : Mme Françoise Kemp, Présidente de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

*

1. **Huitième rapport de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (suite à la demande du groupe politique LSAP)**

¹ Retrouvez la vidéo de la réunion ici : <https://chd.lu/fr/meeting/1014640>.

Après quelques mots de bienvenue et d'introduction de Madame la Présidente, Madame Taina Bofferding (LSAP) expose les motivations de la demande de son groupe politique. Elle explique souhaiter approfondir la discussion autour du rapport de la CNCE et rappelle qu'une heure d'actualité, demandée à l'époque par Madame Paulette Lenert, a déjà été consacrée à cette thématique. Dans ce contexte, deux motions avaient été déposées sur la base du rapport et de ses recommandations. Il conviendrait donc, dans un premier temps, de passer en revue le rapport avant d'engager une discussion sur ces deux motions, qui, selon le LSAP, apportent déjà des éléments de réponse à plusieurs des recommandations formulées dans le rapport.

Madame la Présidente apporte toutefois une précision de procédure et rappelle que les deux motions ont été rejetées par la Chambre et qu'elles ne sont, dès lors, pas soumises à l'examen de la Commission. Elle souligne que la demande initiale du LSAP portait uniquement sur une discussion relative au rapport, ce qui constitue précisément l'objet de la réunion. Les motions ne font donc pas partie de l'ordre du jour. Si les membres souhaitent néanmoins les évoquer, rien ne s'y oppose, mais elle rappelle que la majorité a déjà exprimé sa position lors des débats en séance plénière, en rejetant ces motions et en exposant les motifs justifiant cette décision.

Un représentant de la CNCE rappelle que l'adoption de la loi a nécessité un long processus et qu'elle a donné lieu à d'importants débats sur les plans politique, juridique et constitutionnel. Il se félicite de son adoption en 2009 et estime qu'il convient désormais d'examiner si ce cadre législatif nécessite des adaptations ou s'il demeure adapté. Il souligne que la question de l'euthanasie peut être abordée sous différents angles, notamment moral, éthique, juridique et médical, en insistant sur l'importance de ne pas négliger le point de vue des professionnels de santé, directement concernés par l'application de la loi. Il rappelle également que cette problématique touche des personnes confrontées à des situations de fin de vie particulièrement difficiles, lorsque les possibilités thérapeutiques sont épuisées et que les soins palliatifs atteignent leurs limites. Selon lui, l'expérience de ces personnes, qui trouvent la force de formuler une demande d'euthanasie parce qu'elles ne supportent plus leurs souffrances, est un aspect qui demeure insuffisamment abordé dans le débat public. Il précise que la mission de la CNCE n'est pas de promouvoir l'euthanasie mais estime néanmoins que le sujet mérite d'être davantage discuté. Il soulève à cet égard l'opportunité de mener, à l'échelle nationale, une campagne d'information et de sensibilisation sur les dispositions de la loi relative à l'euthanasie. Cela apparaît d'autant plus pertinent que la loi est en vigueur depuis 2009 et qu'il serait utile, en 2026, d'évaluer son application et de renforcer l'information du public. Il reconnaît que le Ministère de la Santé a déjà entrepris plusieurs initiatives en la matière, notamment par la publication de brochures et la diffusion d'informations destinées au grand public. Toutefois, il estime qu'une démarche nationale plus ambitieuse en matière de sensibilisation serait nécessaire et pourrait être menée parallèlement à un examen des éventuelles adaptations de la loi. À cet égard, il relève que le dispositif fonctionne globalement de manière satisfaisante. Il rappelle que les dispositions de fin de vie permettent aux personnes d'exprimer à l'avance leurs volontés pour le cas où elles ne seraient plus en mesure de le faire. Toutefois, leur mise en œuvre peut s'avérer plus complexe que prévu lorsque ces situations se présentent concrètement. Il mentionne également plusieurs pistes de réflexion proposées par l'association *Māi Wēllen, Māi Wee*. Enfin, il évoque certains débats menés à l'étranger. Ainsi, en Belgique, certaines voix plaident en faveur d'une extension de l'euthanasie aux mineurs, dans des conditions très strictement encadrées. Il souligne également que d'autres pays vont encore plus loin en envisageant cette possibilité pour des personnes exprimant une lassitude de vivre, liée notamment au grand âge, à l'isolement ou à la perte de leurs proches. Sans prendre position sur ces évolutions, il estime qu'il serait néanmoins utile d'ouvrir une réflexion en la matière.

Quant au rapport de la CNCE *per se*, il est établi tous les deux ans et présente avant tout un intérêt statistique. Il recense notamment le nombre d'euthanasies pratiquées, l'origine des demandes, la répartition par sexe et par tranche d'âge, ainsi que les pathologies concernées. À noter que le nombre de demandes d'euthanasie reste globalement constant. Jusqu'en 2019, il s'élevait à environ 7 par an. Au cours de la période 2019-2020, ce chiffre a toutefois augmenté pour atteindre 20 à 25 cas par an. Cette hausse s'explique notamment par la campagne d'information menée par l'ILRES, qui a contribué à sensibiliser davantage la population à la législation relative à l'euthanasie, ainsi que par le contexte de la pandémie de Covid-19. Durant cette période, les questions liées à la fin de vie ont occupé une place plus importante dans le débat public, ce qui a suscité un intérêt accru pour les directives anticipées et les dispositions de fin de vie. À l'heure actuelle, le nombre de cas s'est stabilisé entre 25 et 30 euthanasies par an. Environ 85% des demandes concernent des personnes atteintes d'un cancer, tandis que les 15% restants concernent principalement des maladies neurodégénératives.

Monsieur Mars Di Bartolomeo (LSAP) regrette que les motions ne soient pas discutées dans le cadre de la présente réunion, alors qu'elles comportent selon lui de nombreux éléments susceptibles de faire consensus. Il évoque à cet égard la situation où un médecin invoque la clause de conscience pour refuser de pratiquer l'acte d'euthanasie ; il est dans ce cas essentiel que le patient ne soit pas laissé sans solution et puisse être orienté vers un autre médecin disposé à assurer la prise en charge. Selon lui, une telle obligation de réorientation nécessiterait une adaptation de la législation et pourrait faire l'objet d'un large consensus. Il demande dès lors si le Gouvernement mène une réflexion en ce sens ou prépare une modification législative visant à garantir cette continuité de la prise en charge.

Madame Djuna Bernard (déi gréng) relève que l'une des difficultés récurrentes concerne l'accessibilité à l'euthanasie, notamment lorsqu'il s'agit d'identifier un médecin disposé à accompagner la démarche. Selon elle, cette situation s'explique en partie par un manque d'information et de formation. Elle souhaite dès lors connaître l'appréciation des représentants de la CNCE quant aux possibilités de renforcer la sensibilisation des médecins et de développer leur formation sur ces questions. Elle s'interroge également sur les raisons qui conduisent certains médecins à ne pas pratiquer l'euthanasie. Si certains invoquent des motifs de conscience, elle estime que d'autres peuvent également être freinés par un manque de connaissances, des incertitudes quant au cadre légal ou une appréhension face à cette pratique. Elle demande quelles mesures pourraient être envisagées pour mieux accompagner les médecins et quels acteurs devraient assumer cette responsabilité.

En réponse, un représentant de la CNCE confirme que, lorsqu'un médecin invoque la clause de conscience, les patients risquent d'être laissés sans solution, la loi sur l'euthanasie ne prévoyant pas explicitement d'obligation de les orienter vers un autre praticien. Une telle obligation existe en revanche dans la législation relative aux soins palliatifs, qui prévoit qu'un médecin refusant d'assurer une prise en charge doit orienter le patient vers un confrère. Même lorsqu'un médecin fait valoir sa clause de conscience, celui-ci devrait être tenu d'écouter son patient et de l'accompagner dans ses démarches. La clause de conscience ne devrait pas conduire à faire primer les convictions personnelles du médecin sur la situation du patient, alors que les règles déontologiques imposent de placer l'intérêt de ce dernier au centre de la prise en charge. L'orateur précise toutefois que cette clause doit être maintenue dans la loi, dès lors qu'il ne saurait être question de contraindre un médecin à pratiquer un acte contraire à ses convictions. Il observe par ailleurs qu'un nombre croissant de médecins, principalement des généralistes, sollicitent un accompagnement pratique lorsqu'ils sont confrontés à une première demande d'euthanasie. Ces praticiens expriment souvent un manque d'expérience et souhaitent être guidés dans la procédure. En effet, la prise en charge d'une demande d'euthanasie est particulièrement exigeante. Elle nécessite plusieurs entretiens avec le patient, un dialogue approfondi sur des questions très personnelles ainsi qu'une évaluation rigoureuse permettant au médecin d'acquiescer la conviction que les conditions prévues par la

loi sont réunies. C'est dans cette perspective que des formations destinées aux médecins généralistes abordent spécifiquement cette question.

La CNCE est d'avis que la situation idéale est celle dans laquelle la demande d'euthanasie est prise en charge par le médecin traitant qui connaît le patient depuis de nombreuses années et avec lequel s'est établie une relation de confiance. Il est même préférable que ce médecin puisse, s'il y consent, pratiquer lui-même l'euthanasie. Il faut cependant éviter de voir se développer un système dans lequel seules quelques personnes seraient connues pour pratiquer régulièrement l'euthanasie, conduisant les autres médecins à orienter systématiquement leurs patients vers ces praticiens. Une telle « spécialisation » ne constituerait pas une solution satisfaisante. En effet, l'accompagnement d'une demande d'euthanasie est un acte particulièrement exigeant sur le plan humain et il n'est pas souhaitable qu'un médecin soit amené à prendre en charge un patient qu'il ne connaît pas simplement parce qu'il est identifié comme l'un des rares praticiens acceptant de réaliser cet acte. Dès lors, la CNCE rappelle l'importance des actions d'information et de sensibilisation afin que davantage de médecins soient en mesure d'accompagner leurs patients lorsqu'une telle demande se présente.

Revenant sur l'intervention de Monsieur Mars Di Bartolomeo, la CNCE estime que la loi comporte une lacune en ce qui concerne les médecins qui invoquent la clause de conscience. Selon elle, ceux-ci devraient être tenus d'orienter le patient vers un confrère susceptible d'assurer la prise en charge, sans quoi il existe un risque que la procédure s'interrompe, laissant le patient sans accompagnement.

Madame Taina Bofferding estime qu'il appartient au Gouvernement de préciser de quelle manière il entend garantir l'exercice effectif de l'euthanasie. Elle rappelle que le LSAP a formulé une série de propositions visant à améliorer le dispositif législatif sur plusieurs points et souhaite connaître les intentions de Madame la Ministre quant au renforcement de l'information du public. Elle souhaite également savoir quelles mesures pourraient être prises pour lever les incertitudes auxquelles sont confrontés certains professionnels de santé. Elle revient ensuite sur la nécessité de trouver un équilibre entre la liberté de conscience du médecin et les droits du patient. Elle rappelle que la législation relative aux soins palliatifs impose au médecin qui refuse une prise en charge d'orienter le patient vers un confrère, alors qu'aucune disposition comparable ne figure dans la loi sur l'euthanasie. Elle demande dès lors si le Gouvernement envisage d'introduire une telle obligation afin de renforcer les droits des patients. Elle évoque par ailleurs la question de la tarification de l'acte, qui mériterait réflexion. En conclusion, elle demande si le Gouvernement entend donner suite aux différentes recommandations formulées dans le rapport de la CNCE.

En réponse aux interventions de Madame Taina Bofferding et de Monsieur Mars Di Bartolomeo, Madame la Ministre rappelle que plusieurs des questions soulevées font l'objet de réflexions depuis de nombreuses années, la loi sur l'euthanasie n'ayant pas fait l'objet d'une révision depuis son adoption. Elle rappelle également que la question de l'euthanasie ne doit pas être examinée de manière isolée, mais dans le contexte plus large de l'accompagnement de la fin de vie. À cet égard, elle relève que le Luxembourg dispose également d'un cadre législatif consacré aux soins palliatifs, pour lequel les formations sont aujourd'hui plus développées que celles relatives à l'euthanasie. Elle se félicite toutefois de l'intérêt croissant que suscitent les formations consacrées à cette dernière. Selon elle, l'objectif du Gouvernement est de présenter les différentes possibilités d'accompagnement de manière équilibrée, sans privilégier une approche au détriment de l'autre. Dans cette perspective, elle annonce la mise en place d'une consultation de fin de vie. Celle-ci doit permettre de consacrer davantage de temps à l'information et au dialogue avec les patients, notamment afin de les accompagner dans la rédaction de dispositions de fin de vie ou d'une directive anticipée. Elle souligne que ces deux instruments sont encore fréquemment confondus et que cette consultation a précisément pour vocation d'en expliquer les différences, les conditions

d'application et les conséquences. Madame la Ministre souligne que l'enjeu ne se limite pas au nombre d'euthanasies effectivement pratiquées, mais concerne également les personnes qui envisagent cette possibilité. Elle précise qu'une campagne d'information est actuellement menée à travers le pays afin d'informer la population sur les conditions d'accès à l'euthanasie, les personnes pouvant en bénéficier, les modalités de rédaction des dispositions de fin de vie, ainsi que le déroulement de la procédure. Elle rappelle également qu'un large consensus s'était dégagé lors des débats à la Chambre sur la nécessité de lever le tabou entourant les questions relatives à la mort et à la fin de vie. Selon elle, ces sujets sont encore trop souvent abordés lorsque les personnes concernées ne disposent plus du temps nécessaire pour réfléchir sereinement à leurs souhaits. Dans ce contexte, elle annonce qu'une brochure d'information est en cours de révision. Un premier projet a déjà été élaboré, mais le Gouvernement souhaite encore le soumettre aux professionnels de terrain afin de recueillir leurs observations avant sa publication. Madame la Ministre indique que la consultation de fin de vie, la nouvelle brochure, les actions de sensibilisation ainsi que le développement des formations feront l'objet d'un suivi attentif au cours des prochains mois. Cette évaluation permettra de déterminer si des adaptations du cadre légal s'avèrent nécessaires. S'agissant plus particulièrement de l'obligation d'orienter un patient vers un autre médecin en cas de recours à la clause de conscience, elle relève qu'une éventuelle modification de la loi ne résoudrait pas à elle seule les difficultés pratiques. Elle rappelle qu'en matière de soins palliatifs, l'orientation est aujourd'hui facilitée par l'existence d'unités spécialisées dans la plupart des hôpitaux, alors qu'aucune organisation comparable n'existe dans le domaine de l'euthanasie. Elle souligne enfin que les difficultés rencontrées sur le terrain demeurent difficiles à quantifier, compte tenu du caractère particulièrement sensible de ces situations. Le Gouvernement entend dès lors poursuivre, dans un premier temps, les efforts engagés en matière d'information et de sensibilisation, tout en restant ouvert à une éventuelle évolution de la législation si celle-ci devait s'avérer nécessaire à la lumière des expériences de terrain. En conclusion, Madame la Ministre précise que le Gouvernement veillera à ce que chaque citoyen soit correctement informé des différentes possibilités prévues par la loi. Elle insiste sur l'importance d'une information précoce concernant les dispositions de fin de vie et les directives anticipées, afin que chacun puisse exprimer ses volontés en toute connaissance de cause. Elle indique qu'une nouvelle évaluation sera réalisée après la mise en œuvre des mesures actuellement en préparation, mais précise qu'à ce stade, le Gouvernement n'envisage pas de rouvrir le cadre législatif.

Madame Taina Bofferding se félicite de l'annonce par Madame la Ministre de la mise en place d'une consultation de fin de vie. Elle regrette toutefois que la motion déposée par son groupe ait été rejetée, alors qu'elle visait précisément à organiser des assises nationales afin d'ouvrir un débat plus large avec la population sur les questions relatives à la fin de vie. Elle prend acte de la volonté du Gouvernement, mais souhaite obtenir des précisions sur la manière dont cette initiative sera concrètement mise en œuvre. En réponse, Madame la Ministre précise qu'un malentendu est intervenu quant à la notion de « consultation de fin de vie ». Elle explique qu'il ne s'agit pas d'une consultation publique mais d'une consultation médicale destinée à permettre au médecin de consacrer le temps nécessaire à un échange approfondi avec son patient sur les questions relatives à la fin de vie. Elle indique que cette consultation vise notamment à informer le patient sur les différents dispositifs existants et à l'accompagner dans ses démarches. Selon elle, il est essentiel que chaque patient puisse bénéficier d'un entretien lui permettant de comprendre les différentes possibilités offertes par la législation et leurs conséquences. Madame la Ministre précise que cette consultation pourrait être intégrée à la nomenclature des actes médicaux, afin de rémunérer le temps consacré par le médecin à cette mission d'information et d'accompagnement. Elle rappelle que, sous la précédente législature, il avait été envisagé de créer une consultation spécifiquement consacrée à l'euthanasie. Le Gouvernement privilégie désormais une approche plus large, centrée sur l'ensemble des questions liées à la fin de vie.

Monsieur Sven Clement (Piraten) revient sur le malentendu au sujet de la notion de « consultation de fin de vie » et indique que plusieurs membres de la Commission avaient compris qu'il s'agissait d'une consultation publique, plutôt qu'une consultation médicale. Il salue néanmoins la création d'un acte médical spécifique permettant au médecin de consacrer le temps nécessaire à un échange approfondi avec son patient sur les questions relatives à la fin de vie. Il estime toutefois que cette mesure ne répond pas à la question concernant l'organisation d'un débat plus large au sein de la société.

Il aborde ensuite la question de la durée de validité des dispositions de fin de vie. Rappelant qu'il a été proposé de leur conférer une validité permanente, jusqu'à leur modification ou leur révocation par leur auteur, il demande où en est la réflexion du Gouvernement sur ce point. Selon lui, une telle évolution permettrait d'éviter que certaines personnes omettent de renouveler ou de confirmer leurs dispositions, ce qui pourrait entraîner des difficultés au moment où celles-ci devraient produire leurs effets. Madame la Ministre indique qu'un rappel est actuellement adressé chaque année aux personnes concernées afin de vérifier si elles souhaitent maintenir ou modifier leurs déclarations. Elle relève toutefois que ces rappels restent parfois sans réponse, notamment lorsque la personne est décédée ou a changé d'adresse. Selon elle, la dématérialisation de cette procédure via MyGuichet permettra d'automatiser ces rappels et de simplifier la gestion administrative des dispositions de fin de vie. Le Gouvernement poursuit ainsi ses travaux afin de mettre en place les outils nécessaires pour faciliter leur enregistrement et leur actualisation régulière.

Monsieur Sven Clement revient aussi sur la question de la clause de conscience. Il reconnaît que les médecins doivent pouvoir refuser de pratiquer certains actes conformément à leurs convictions. En revanche, il juge problématique qu'un patient se retrouve sans solution à la suite d'un tel refus. Il estime dès lors qu'il conviendrait d'instaurer une obligation d'orientation vers un autre acteur compétent, qu'il s'agisse d'un médecin ou d'une organisation spécialisée. Il relève que certaines organisations disposent déjà, en pratique, d'une connaissance des professionnels susceptibles d'assurer cette prise en charge. Selon lui, le médecin qui refuse d'intervenir devrait au minimum être tenu d'orienter le patient vers une telle organisation afin de garantir la continuité de son accompagnement.

Monsieur Mars Di Bartolomeo souligne que la mise en place d'une consultation de fin de vie devra également s'accompagner d'une tarification adéquate de cet acte médical. Il estime par ailleurs que le recul acquis depuis l'adoption de la loi en 2009 permet désormais d'envisager sereinement une réflexion sur d'éventuelles adaptations du cadre législatif, car il est nécessaire de remédier aux lacunes qui apparaissent dans la pratique. Selon lui, les discussions peuvent aujourd'hui se dérouler dans un climat plus apaisé qu'au moment de l'adoption de la loi. En effet, l'expérience acquise montre qu'aucune dérive n'a été constatée et la CNCE exerce sa mission de manière rigoureuse, sans relever de dysfonctionnements majeurs. Dans ce contexte, il estime que les améliorations qui s'imposent pourraient être élaborées dans un esprit de consensus. Il considère que cette matière ne devrait pas faire l'objet de clivages partisans.

Monsieur Marc Baum (déi Lénk) note que les travaux relatifs à ce dossier ont suivi un déroulement inhabituel, dans la mesure où un débat en séance plénière s'est tenu avant que la Commission n'ait eu l'occasion d'examiner le rapport de la CNCE en présence de ses auteurs. Selon lui, cette chronologie explique certaines incompréhensions apparues au cours des échanges. Il rappelle que plusieurs questions avaient déjà été adressées à Madame la Ministre lors de l'heure d'actualité, sans qu'un véritable débat n'ait pu avoir lieu. Il indique avoir compris que la consultation de fin de vie annoncée par le Gouvernement correspond à un acte médical spécifique, appelé à être intégré dans la nomenclature afin de rémunérer le temps consacré par le médecin à informer et à accompagner son patient. Il s'interroge sur la distinction entre la consultation de fin de vie, en tant qu'acte médical d'information et d'accompagnement, et l'acte d'euthanasie lui-même et demande si la recommandation de la CNCE consiste bien de prévoir une tarification spécifique pour la réalisation de l'euthanasie.

Le représentant de la CNCE répond que l'acte d'euthanasie devrait effectivement disposer de sa propre tarification. Il indique avoir également proposé d'associer la Caisse nationale de santé (CNS) à ces réflexions. Il précise que l'acte d'euthanasie ne fait actuellement l'objet d'aucune tarification spécifique.

Madame la Ministre indique que la question de la tarification de l'acte relève principalement de considérations techniques et s'inscrit dans le cadre des travaux actuellement menés avec la CNS. Elle précise que cette réflexion ne concerne pas uniquement la consultation de fin de vie, mais également d'autres actes médicaux. Elle rappelle que le Ministère n'est, en principe, pas à l'origine des saisines de la Commission de nomenclature. Celles-ci émanent généralement des professionnels de terrain, qui identifient la nécessité de créer un nouvel acte ou d'adapter un acte existant. Une fois les discussions préparatoires achevées, la Commission de nomenclature est saisie. Si elle rend un avis favorable, les modifications sont ensuite mises en œuvre par voie de règlement grand-ducal. Le rôle du Ministère consiste dès lors principalement à accompagner cette procédure. Madame la Ministre ajoute que la mise en place de la consultation de fin de vie impliquera également d'examiner les modalités de son financement et, le cas échéant, de prévoir les crédits nécessaires. Elle indique faire confiance aux représentants du terrain et aux membres de la Commission de nomenclature pour saisir le Gouvernement au moment opportun afin de permettre l'aboutissement de cette démarche.

Revenant sur la question de la continuité des soins, elle rappelle que tout patient a le droit d'être orienté vers un autre praticien lorsque son médecin n'est pas en mesure ou ne souhaite pas assurer sa prise en charge. Selon elle, ce principe découle déjà des règles générales applicables à l'exercice de la médecine. Elle estime dès lors que, lorsqu'un médecin refuse de pratiquer une euthanasie, il lui appartient d'assurer la continuité de la prise en charge en orientant le patient vers un confrère. Elle souligne que cette collaboration existe déjà en pratique, les médecins sollicitant régulièrement l'avis ou le soutien de collègues plus expérimentés lorsqu'ils sont confrontés à une situation complexe. Elle précise toutefois que, si le cadre législatif devait être réexaminé à l'avenir et que cette question apparaissait comme une difficulté persistante, il pourrait être envisagé d'inscrire explicitement cette obligation dans la loi. En conclusion, Madame la Ministre répète qu'à ce stade, le Gouvernement ne fait pas de la révision de la loi sur l'euthanasie une priorité. Il entend poursuivre la mise en œuvre des mesures annoncées, à savoir la création de la consultation médicale de fin de vie, la définition des modalités de financement de cet acte, ainsi que la publication de la nouvelle brochure d'information. La priorité consiste à renforcer l'information et la sensibilisation de la population. Une nouvelle évaluation pourra être réalisée à l'occasion de la publication du prochain rapport de la CNCE afin d'apprécier les effets de ces différentes mesures.

Madame Taina Bofferding et Madame Françoise Kemp (CSV) évoquent la possibilité d'inscrire une référence aux dispositions de fin de vie dans le dossier de soins partagé (DSP), afin de renforcer la prise en compte de la volonté des patients. De la même manière, Monsieur Sven Clement mentionne cette possibilité, tout en s'interrogeant sur les implications pratiques d'une telle mesure, notamment au regard du fait que tous les citoyens ne disposent pas nécessairement d'un DSP. Mme Djuna Bernard estime que cette évolution ne nécessite vraisemblablement pas de modification législative et qu'elle devrait pouvoir être mise en œuvre dans le cadre des dispositifs existants. En réponse, Madame la Ministre confirme que l'intégration des dispositions de fin de vie dans le DSP est actuellement à l'étude. Les citoyens pourront déposer leurs dispositions de fin de vie au moyen d'une procédure électronique via MyGuichet, à l'instar d'autres démarches administratives.

Madame Alexandra Schoss (ADR) souligne qu'il est important, pour le patient, de pouvoir être accompagné par son médecin traitant, avec lequel une relation de confiance s'est construite au fil des années et qui l'a suivi tout au long de l'évolution de sa maladie. Elle rappelle toutefois qu'un médecin doit également pouvoir faire valoir son droit de refuser de pratiquer une euthanasie lorsqu'il estime ne pas pouvoir accomplir cet acte. Dans ce contexte, elle

s'interroge sur l'existence d'un dispositif permettant d'orienter rapidement les patients vers un autre médecin. Elle évoque notamment la possibilité d'une liste non publique de praticiens disposés à pratiquer l'euthanasie ou, à défaut, d'une collaboration entre médecins permettant au médecin traitant d'accompagner son patient dans les démarches tout en confiant la réalisation de l'acte à un confrère. Elle est d'avis que tous les praticiens ne sont pas préparés à accompagner une euthanasie et qu'il faut respecter le fait que certains souhaitent se préserver sur le plan psychologique. En réponse, un représentant de la CNCE indique qu'il n'existe pas de liste de médecins pratiquant l'euthanasie et qu'une telle liste n'est pas souhaitable. Il considère que tout médecin devrait être en mesure d'accompagner un patient tout au long de son parcours de soins, y compris dans les situations de fin de vie. Il reconnaît toutefois que les praticiens ne disposent pas tous des mêmes aptitudes, notamment en matière de communication avec les patients. Il précise qu'en pratique, les médecins peuvent facilement solliciter l'aide d'un confrère plus expérimenté. Dans un pays de la taille du Luxembourg, où les professionnels se connaissent généralement, cette collaboration informelle lui paraît suffisante pour répondre aux difficultés rencontrées. En revanche, il réaffirme son opposition à la publication d'une liste de médecins pratiquant l'euthanasie.

Monsieur Gusty Graas (DP) se dit surpris par le nombre relativement limité de personnes ayant effectivement recours à l'euthanasie ; il s'attendait, compte tenu du caractère ouvert et libéral de la société luxembourgeoise, à ce que cette possibilité soit davantage utilisée. Il s'interroge dès lors sur les raisons qui expliquent cette situation. Au-delà des considérations morales et éthiques, il demande si des facteurs d'ordre religieux, socioculturel ou sociopolitique peuvent également jouer un rôle. En réponse, il est indiqué que les comparaisons avec les pays voisins apportent certains éléments d'explication. Ainsi, en Belgique, les différences sont déjà marquées entre les régions flamande et wallonne, la fréquence des euthanasies étant sensiblement plus faible en Wallonie qu'en Flandre. Les différences sont encore plus importantes avec les Pays-Bas : au Luxembourg, les euthanasies représentent environ 0,5% des décès, contre environ 3,4% en Belgique et 6,7% aux Pays-Bas. Ces écarts s'expliquent en grande partie par des facteurs culturels, tels que l'éducation, les traditions, les convictions religieuses ou la spiritualité.

Monsieur Georges Engel (LSAP) souligne que les questions éthiques sont, par nature, complexes et qu'elles se posent non seulement dans le contexte de l'euthanasie, mais également dans d'autres domaines de la pratique médicale. Il cite, à titre d'exemple, les situations d'urgence impliquant une femme enceinte, dans lesquelles le médecin peut être amené à prendre des décisions délicates, ainsi que les cas où un médecin invoque ses convictions religieuses pour refuser certains actes médicaux, tels qu'une transfusion sanguine. Il s'interroge sur le cadre juridique applicable à ces différentes situations et demande si les principes retenus dans ces domaines pourraient servir de référence dans le contexte de l'euthanasie. Il lui est répondu que les situations évoquées relèvent d'un cadre juridique distinct. S'agissant du cas d'une femme enceinte dont la vie est menacée, la loi prévoit que la protection de la femme prime, la vie à naître n'étant pas juridiquement considérée de la même manière. Le médecin est dès lors tenu de privilégier la mère. Les situations relatives au refus de transfusions sanguines relèvent également d'une problématique différente. Ces exemples soulèvent certes des questions d'ordre éthique, mais ne s'inscrivent pas dans le cadre du débat spécifique sur l'euthanasie.

2. Divers

Aucun point divers n'a été abordé.

Procès-verbal approuvé et certifié exact