



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Dossier consolidé

Proposition de loi 4909

Proposition de loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

Date de dépôt : 05-02-2002

Date de l'avis du Conseil d'État : 11-12-2007

Liste des documents

Date	Description	Nom du document	Page
04-03-2008	Résumé du dossier	Résumé	<u>4</u>
05-02-2002	Déposé	4909/00	<u>7</u>
18-06-2002	Avis de l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (18.6.2002)	4909/01	<u>23</u>
13-07-2007	Avis du Conseil d'Etat (13.7.2007)	4909/02, 5584/08	<u>28</u>
23-10-2007	Dépêche du Président de la Chambre des Députés à la Présidente de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale (23.10.2007)	4909/03	<u>61</u>
28-11-2007	Amendements adoptés par la/les commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale	4909/04, 5584/09	<u>64</u>
11-12-2007	Avis complémentaire du Conseil d'Etat (11.12.2007)	4909/05, 5584/10	<u>85</u>
14-02-2008	Rapport de commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Rapporteur(s) : Madame Lydia Mutsch	4909/06	<u>92</u>
04-03-2008	Refus de la dispense du second vote constitutionnel par le Conseil d'Etat (4.3.2008)	4909/07	<u>105</u>
12-03-2008	1) Dépêche du Premier Ministre au Président de la Chambre des Députés (12.3.2008) 2) Dépêche du Président de l'Association des médecins et médecins-dentistes au Premier Ministre (21.2.2008)	4909/08, 5584/13	<u>108</u>
11-04-2008	1) Dépêche de la Secrétaire d'Etat aux Relations avec le Parlement au Président de la Chambre des Députés (11.4.2008) 2) Dépêche du Président du Conseil d'Etat au Premier Ministre (10.4.2008)	4909/09, 5584/14	<u>111</u>
03-06-2008	Amendements adoptés par la/les commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale	4909/10	<u>114</u>
07-10-2008	Deuxième avis complémentaire du Conseil d'Etat (7.10.2008)	4909/11, 5584/16	<u>147</u>
05-11-2008	Amendements adoptés par la/les commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale	4909/12	<u>162</u>
25-11-2008	Troisième avis complémentaire du Conseil d'Etat (25.11.2008)	4909/13	<u>175</u>
04-12-2008	Rapport de commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Rapporteur(s) :	4909/15	<u>180</u>
05-12-2008	Dépêche du Président de la Chambre des Députés au Président du Conseil d'Etat (5.12.2008)	4909/14, 5584/17	<u>209</u>
09-12-2008	Quatrième avis complémentaire du Conseil d'Etat (9.12.2008)	4909/16, 5584/19	<u>212</u>
19-12-2008	Dispense du second vote constitutionnel par le Conseil d'Etat (19-12-2008) Evacué par dispense du second vote (19-12-2008)	4909/17	<u>215</u>

Date	Description	Nom du document	Page
26-05-2011	Rapport de la Commission Nationale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi sur l'euthanasie	Document écrit de dépôt	<u>218</u>
31-12-2009	Publié au Mémorial A n°46 en page 615	4909,5584	<u>220</u>

Résumé

Proposition de loi 4909

sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

La proposition de loi définit comme 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.

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.

Le médecin doit dans tous les cas, avant de procéder à une euthanasie ou une aide au suicide, respecter une série de conditions de forme et de procédure définies par la loi.

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.

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.

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 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'Évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

Le projet institue une Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la présente loi, se composant de neuf membres, désignés sur base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission.

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.

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.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.

4909/00

N° 4909

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2001-2002

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

* * *

*(Dépôt, Mme Lydie Err et M. Jean Huss: le 5.2.2002)***SOMMAIRE:**

	<i>page</i>
1) Exposé des motifs.....	1
2) Texte de la proposition de loi	8
3) Commentaire des articles	13

*

EXPOSE DES MOTIFS**INTRODUCTION**

Depuis toujours, l'être humain s'interroge sur la mort. Bien qu'on accepte généralement le caractère inévitable de la mort, la peur de l'inconnu demeure omniprésente dans les échanges de vues sur la question. Diverses sociétés, en puisant dans leurs traditions religieuses ou culturelles, ont tâché d'apaiser ces craintes afin de rendre moins difficiles les derniers moments de la vie.

Si donc la crainte de la mort est aussi ancienne que l'homme lui-même, si mourir a été, de tous temps, une épreuve difficile et douloureuse, il est un fait que l'avènement de la technologie médicale moderne et l'usage plus répandu de mesures artificielles de soutien de la vie font qu'aujourd'hui, beaucoup de gens ne craignent plus tant la mort elle-même que le passage de la vie à la mort.

Nul ne songe à déplorer les progrès de la médecine: la qualité de la vie et son allongement spectaculaire dans les pays occidentaux en témoignent abondamment. Mais ces avancées ne vont pas sans contraintes, dont précisément la médicalisation des fins de vie. Au Luxembourg, d'après les données du STATEC, en 2000, 77% de la population meurt à l'hôpital ou en institution.

Le fait en lui-même ne prête pas à critique. Mais l'hospitalisation a ses revers: elle confie une personne fragilisée à des systèmes techniques souvent très perfectionnés, mais qui sont par essence impersonnels.

L'utilisation de techniques médicales sophistiquées peut conduire, bien des fois, à un certain effacement des frontières entre la vie et la mort et, d'une certaine manière, à une désappropriation par le mourant de sa mort. Ainsi la prolongation médicale de la vie entraîne parfois des conséquences peu compatibles avec la qualité de la vie et avec la dignité de la personne humaine.

Certes, les soins palliatifs, qui sont mis en oeuvre dans les hôpitaux, soulagent les douleurs physiques, prennent en compte la souffrance psychologique et morale et permettent à un grand nombre de personnes en fin de vie de mourir dans la dignité. Cependant à eux seuls, les soins palliatifs ne sont pas à même de garantir à chacun de terminer sa vie dans la dignité, telle qu'il la conçoit.

Voilà pourquoi il nous paraît indispensable de légiférer en la matière. Il est évident, qu'une telle réglementation doit répondre à beaucoup de questions et respecter les positions et intérêts de tous les concernés. Il s'agit de créer une situation légale claire tant pour le patient que pour le médecin exerçant le cas échéant une euthanasie ou une assistance au suicide.

L'euthanasie est un sujet trop sensible pour le laisser à la seule relation de confiance qui existe ou devrait exister entre médecin traitant et patient, comme d'aucuns l'ont préconisé lors d'un débat d'orientation à la Chambre des Députés en 1999. Il importe que le législateur comble le vide juridique dans lequel d'éventuels actes d'euthanasie ont lieu. La présente proposition de loi vise à dépénaliser l'acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide effectué par un médecin dans des conditions très précises.

*

DEFINITIONS DES TERMES

Avant de discuter de la question de fond, il est indispensable de définir les différents termes employés.

„Acharnement thérapeutique“

On comprend par „acharnement thérapeutique“ la continuation d'un traitement au-delà du moment, où une réelle chance de guérison ou amélioration significative de l'état de santé du patient est donnée. L'acharnement thérapeutique, jugé par ailleurs inopportun par la Commission nationale d'éthique luxembourgeoise dans son avis 1/96 concernant l'acharnement thérapeutique, peut être considéré comme l'extension sans raison des tâches d'un médecin, ayant pour résultat une prolongation des souffrances, au lieu d'une amélioration de la situation du patient.

„Médecine palliative“

Comme le terme même l'indique, le but de cette branche assez jeune de la médecine moderne n'est pas de guérir, mais de pallier aux souffrances et peines diverses – physiques, psychiques, morales et sociales – du patient. Le terme anglais „comfort care“ dit plus précisément qu'il s'agit de rendre la fin de la vie du patient aussi supportable que possible. Pour ce faire, on a souvent recours à des médicaments contre la douleur très forts tels que la morphine par exemple. Or, il est largement admis que l'emploi de telles substances peut accélérer la mort, voire raccourcir la vie de la personne traitée. La médecine palliative accepte ce fait comme effet secondaire inévitable du but primaire qui est de pallier aux souffrances de la personne en fin de vie.

Au Luxembourg, le débat a longtemps opposé la médecine palliative à l'euthanasie, comme si l'une excluait l'autre. Or tel n'est pas le cas – la médecine palliative peut parfaitement et doit même coexister avec l'euthanasie. Les débats parlementaires du mois de mars 1999 ont clairement démontré que tous les partis souhaitent élargir l'offre existante en médecine palliative, que ce soit en milieu hospitalier ou non.

„Euthanasie – aide à la mort“

Le mot „euthanasie“ vient d'une expression grecque et signifie dans sa traduction littérale „bonne(eu) mort(thanatos)“ ou „mort douce“. Aujourd'hui la définition globale la plus exacte se lit comme suit: „L'euthanasie est l'acte de mettre délibérément fin à la vie d'une autre personne à la demande de celle-ci.“ Cet acte est généralement conçu comme aide à mourir dans des conditions de dignité.

En discutant sur l'euthanasie, on entend souvent parler d'„euthanasie active“, c'est-à-dire l'administration d'une substance toxique pour provoquer délibérément la mort, et d'„euthanasie passive“, c'est-à-dire l'abstention de tous soins pour écourter l'agonie, ou la cessation ou le renoncement à un traitement qui accélère la mort. Cette différenciation courante n'a pourtant aucun fondement, ni en fait, ni en droit. L'omission d'un acte (euthanasie passive) est également l'expression d'une volonté et provoque dans ce cas précis le même résultat qui est la mort de la personne. Les auteurs de la présente proposition de loi se rallient à la définition donnée par Nicolas Aumonier, Bernard Beignier et Philippe Letellier qui préconisent qu'il faut comprendre „l'euthanasie comme le fait de donner sciemment et volontairement la mort“ et par euthanasique „le geste ou l'omission qui provoque délibérément la mort du patient dans le but de mettre fin à ses souffrances“¹.

¹ Nicolas Aumonier, Bernard Beignier, Philippe Letellier: „L'euthanasie“ Editions „Que sais-je“, Presses Universitaires de France.

Le „Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften“ distingue quatre formes différentes d'aide à la mort.

1. Le „Sterbenlassen“ – qu'on pourrait traduire par „laisser mourir“ – et qui correspond plus ou moins à ce qui est couramment compris sous la notion d'euthanasie passive: la renonciation aux mesures prolongeant la vie, c'est-à-dire le refus de l'acharnement thérapeutique, est une forme d'„aide à la mort“. Il faut très souvent prendre en compte que le mourant risque d'endurer de grandes souffrances en mourant.
2. La „indirekte Sterbehilfe/indirekte aktive Sterbehilfe“ – „aide à la mort indirecte/aide à la mort active indirecte“, qui implique un traitement palliatif tout en acceptant le risque d'un raccourcissement de la vie, non visé a priori.
3. La „Beihilfe zur Selbsttötung/Freitodbegleitung“ – est l'„assistance au suicide“. L'assistance dans ces cas consiste normalement à mettre à la disposition du patient la substance mortelle.
4. La „Tötung auf Verlangen/ direkte, aktive Sterbehilfe/aktive Sterbehilfe“ – qui signifie „aide active à la mort“. Il s'agit là de l'acte qui consiste à mettre délibérément fin à la vie d'autrui sur sa propre demande. La différence par rapport à l'aide à la mort indirecte consiste dans le fait de provoquer consciemment la mort du patient sur sa demande. Contrairement à l'aide au suicide, celui qui provoque la mort du patient, n'est pas le patient même, même s'il est toujours l'initiateur de l'acte, mais une tierce personne qui, selon les auteurs de la proposition de loi, doit être un médecin.

La présente proposition de loi traite en effet de cette dernière forme de l'euthanasie et de l'aide au suicide.

*

DROIT A LA VIE VERSUS DROIT A L'AUTODETERMINATION

Lorsqu'une personne demande de mourir parce qu'elle ne peut plus supporter une vie indigne causée par une maladie incurable, la question de la légitimité de cette demande se pose.

En fait, deux droits humains fondamentaux s'opposent en matière d'euthanasie, celui du droit à la vie et celui du droit à l'autodétermination. Ce conflit doit être pris en compte par le législateur s'il entend légiférer en la matière.

Actuellement, le Sénat de Belgique vient d'approuver une proposition de loi relative à l'euthanasie. Dans son avis¹, le Conseil d'Etat de Belgique, saisi de cette proposition de loi par le Sénat de Belgique, a étudié cette question en profondeur. La présente proposition de loi s'est largement inspirée du texte belge. Les auteurs de la présente proposition de loi se rallient à la position du Conseil d'Etat de Belgique qu'ils présentent par la suite:

Tout d'abord le Sénat pose la question, si en dépénalisant l'euthanasie, le législateur ne manque pas à son devoir de protéger le droit à la vie comme défini dans l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) et par l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) respectivement. Il analyse la jurisprudence de la Cour européenne et retient que „l'importance de l'obligation de protéger le droit à la vie qui incombe aux autorités doit s'interpréter notamment au regard du droit à l'autodétermination. Dans ce cadre, il faudra tenir compte de l'intensité de la volonté de l'intéressé“.

Partant de ce constat, le Conseil d'Etat de Belgique affirme „qu'on aperçoit mal à quel droit une personne renonce lorsqu'elle sollicite elle-même un traitement déterminé. Le fait qu'une personne demande à ce qu'il soit mis fin à ses jours ne signifie pas qu'elle renonce au droit de protection de sa vie. Il semble au contraire que cette personne „exerce“ elle-même ce droit en fixant les limites de la protection qu'elle souhaite personnellement“.

En outre, le Conseil d'Etat arrive à la conclusion que ni l'article 2 de la CEDH ni l'article 6 du PIDCP n'impliquent l'obligation pour l'Etat de protéger la vie en toute circonstance contre le gré de l'intéressé. „Pareille interprétation supposerait en effet que les traités internationaux sur les droits de l'homme imposent des obligations aux Etats à titre principal et que les citoyens ne se verraient reconnaître des droits qu'à titre subsidiaire. Le Conseil d'Etat estime que cette interprétation est contraire au principe

¹ Sénat de Belgique, Session de 2000-2001, „Proposition de loi relative à l'euthanasie“ – Avis du Conseil d'Etat, 31.441/AV-AG, 31.442/AV-AG, 2 juillet 2001

qui préside à la reconnaissance des droits de l'homme, à savoir que tout individu possède des droits fondamentaux et inaliénables et que l'Etat est tenu de respecter ces droits et de les protéger." Ces textes prévoient l'obligation de l'Etat de protéger le „droit à la vie“ et non l'obligation pour les autorités de protéger „la vie“ même. On peut en déduire qu'une dépenalisation de l'euthanasie est conforme aux dispositions des conventions internationales en question.

Le Conseil d'Etat de Belgique a également analysé dans quelle mesure le souhait de mourir d'un individu influence l'obligation positive des autorités de protéger le droit à la vie, pour conclure „... l'obligation des autorités doit être mise en balance notamment avec le droit à l'autodétermination de l'intéressé. Du point de vue des droits fondamentaux, cela signifie que l'obligation des autorités de protéger le droit à la vie (article 2 de la CEDH et article 6 du PIDCP) doit être mise en balance avec le droit de l'intéressé d'être protégé contre les traitements inhumains ou dégradants (article 3 de la CEDH et article 7 du PIDCP), et avec son droit au respect de son intégrité physique et morale, qui relève du droit au respect de la vie privée (article 8 CEDH et article 17 du PIDCP)".

Autre constat important du Conseil d'Etat de Belgique: „L'appréciation du caractère légitime ou non d'une proposition de loi visant à dépenaliser l'euthanasie requiert également de partir du principe que *c'est au législateur qu'il appartient de concilier des conceptions éthiques opposées. Le juge doit à cet égard respecter le pouvoir d'appréciation du législateur et ne peut se substituer à lui.*“

Finalement, le Conseil d'Etat retient que la proposition de loi belge vise à atténuer l'interdiction de satisfaire à la demande de mourir et que une telle „mesure relève, en principe, de la marge d'appréciation du législateur“ qui n'est toutefois pas illimitée. L'obligation de protéger le droit à la vie implique que des limites soient effectivement posées au pouvoir discrétionnaire du législateur“.

Ces limites sont selon le Conseil d'Etat belge, qu'une loi sur l'euthanasie ne doit pas toucher aux dispositions du Code pénal qui répriment l'assassinat, le meurtre ou la mort par imprévoyance ou négligence en ce qui concerne la protection pénale générale du droit à la vie. Il conclut que l'euthanasie, telle que proposée, n'est autorisée que si elle est pratiquée à la demande de l'intéressé, qu'elle constitue l'aboutissement d'une procédure déterminée et que la proposition de loi prévoit un contrôle automatique a posteriori.

Les auteurs de la présente proposition de loi ont à coeur de fournir aux personnes concernées par une euthanasie un cadre légal adapté aux besoins tant du patient que du médecin traitant. Il ressort des sondages effectués dans les années 90 du siècle dernier que des euthanasies ont effectivement lieu. Même si aucun procès n'a jamais été intenté à l'encontre d'un médecin qui avait procédé à un tel acte, tout médecin ayant pratiqué l'euthanasie risque d'être poursuivi et d'être jugé pour homicide. Cet état de fait est inacceptable selon les auteurs de la présente proposition de loi.

*

CONTEXTE INTERNATIONAL

Parmi les Etats Membres de l'Union Européenne, seuls les Pays-Bas ont à ce jour légiféré en la matière. En Belgique, actuellement saisi d'une proposition de loi visant à dépenaliser l'euthanasie, le Sénat a adopté en première lecture ladite proposition de loi le 25 octobre 2001 par 44 voix pour, 24 voix contre et 2 abstentions.

Aux *Pays-Bas*, le 28 novembre 2000 la „Seconde Chambre“ c'est-à-dire la Chambre des députés du parlement néerlandais a voté pour un projet de loi instituant un „contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide et modification du code pénal et de la loi sur les pompes funèbres“, vote confirmé le 10 avril 2001 par la „Première Chambre“ (Sénat). La „loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide“ a été publiée le 12 avril 2001 dans le Bulletin Officiel 2001 No 194.

Cette loi prévoit essentiellement des modifications du code pénal dans ce sens que les actes prévus par les articles 293 (interruption de vie sur demande) et 294 alinéa 2 (aide au suicide) ne sont pas poursuivis pénalement lorsqu'ils sont commis par un médecin respectant les critères de rigueur visés à l'article 2 de la loi. Le médecin doit notamment:

- „a. avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie;
- b. avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration;

- c. avoir informé le patient sur sa situation et sur les perspectives qui sont les siennes;
- d. conjointement avec le patient, être parvenu à la conviction qu'il n'existait pas d'autre solution raisonnable dans la situation où se trouve le patient;
- e. avoir consulté au moins un autre médecin indépendant, qui a vu le patient et a donné par écrit son jugement concernant les critères de rigueur visés aux points a à d et
- f. avoir pratiqué l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise.“

Si le patient âgé de seize ans ou plus n'est plus capable d'exprimer sa volonté mais a fait une déclaration écrite d'interruption de la vie, le médecin peut donner suite à cette demande. Si un patient mineur entre 16 et 18 ans demande l'interruption de la vie, le médecin peut donner suite à cette demande après consultation des parents ou de la personne jouissant de l'autorité parentale; si le patient est âgé entre douze et seize ans, l'autorisation des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale est requise.

En outre, le médecin est tenu de communiquer tout acte d'interruption de vie ou d'aide au suicide au médecin légiste et de lui soumettre un rapport motivé sur le respect des critères de rigueur. Ce rapport est jugé par la commission régionale de contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide instaurée par la nouvelle loi. En cas de doute, cette commission en informe le procureur de la Reine.

En Suisse, une modification de l'article 114, alinéa 2 du Code Pénal Suisse (CPS) a été proposée par un groupe de travail du département de justice et police. Actuellement, cet article concerne l'interruption de vie sur demande qui est passible d'une peine d'emprisonnement de 3 jours à 3 ans qui implique de la part de l'auteur un mobile honorable et de la part de la victime une volonté sérieuse de mourir. Il n'a toutefois pas été conçu pour le cas où un individu tue une personne atteinte d'une maladie grave et incurable. L'article 115 du CPS traite de l'incitation et assistance au suicide et stipule que seul celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide ou lui aura prêté assistance, sera puni d'une peine d'emprisonnement de 5 ans au plus. Ce texte implique que celui qui n'a pas été poussé par un tel mobile égoïste, ne serait pas punissable, lorsqu'il incite ou assiste au suicide d'une tierce personne. Cette interprétation n'est cependant pas admise par l'Académie Suisse des Sciences Médicales.

La proposition de réforme concernant l'article 114 du CPS est de prévoir un nouvel alinéa 2: „Si l'auteur a donné la mort à une personne atteinte dans sa santé d'une manière incurable et se trouvant en phase terminale, cela dans le dessein de mettre fin à des souffrances insupportables et irrémédiables, l'autorité compétente renoncera à le poursuivre, à le renvoyer devant le tribunal ou à lui infliger une peine.“

Les auteurs insistent sur le fait qu'ils n'abandonnent pas le respect des deux principes cardinaux en matière de protection pénale de la vie qui veulent „que le consentement de la victime ne saurait rendre licite un acte mettant fin à la vie humaine; et que le droit pénal doit accorder sa protection à toute vie humaine, quelle que soit sa qualité“. Pourtant, il est un fait indéniable que la protection absolue de la vie humaine peut se transformer en un poids insupportable pour la personne qui en est le bénéficiaire. C'est justement pour ces cas très exceptionnels, que le nouvel article 114 alinéa 2 prévoit de renoncer à la poursuite pénale d'un acte, qui reste en principe toujours défendu.

*

LE DEBAT AU LUXEMBOURG

En 1989, deux associations se sont fondées qui ont pour but l'atténuation des souffrances en fin de vie et l'accompagnement des mourants. Ces deux associations ont des philosophies différentes. L'une, en l'occurrence l'ADMD-L (Association pour le droit de mourir en dignité – Luxembourg) milite pour le droit de mourir en dignité, le droit de décider soi-même du moment de sa propre mort, alors que l'autre, Omega 90, plaide pour une médecine palliative et reste réservée sur la question de l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Au Luxembourg le débat public a été lancé par une interpellation en 1996 dont l'initiateur était un des deux auteurs de la présente proposition de loi, M. Jean Huss. Lors de ce premier débat à la Chambre des Députés, une commission spéciale d'éthique parlementaire a été instaurée et chargée de la préparation d'un débat d'orientation pour définir les futures démarches à entreprendre en ce qui concerne les questions cruciales relatives à la mort d'une personne en stade terminal d'une maladie grave et incurable. Le

25 février 1998, la Commission Consultative Nationale d’Ethique a soumis son avis relatif à „l’aide au suicide et l’euthanasie“.

Le *débat d’orientation* sur „la médecine palliative, l’acharnement thérapeutique et l’euthanasie“ a eu lieu au printemps 1999. La députée socialiste, Françoise Kuffer avait présenté le rapport de la commission. En raison du caractère extrêmement délicat du sujet, plusieurs membres du gouvernement se sont exprimés en nom personnel dont la coauteure de la présente proposition de loi.

Quatre résolutions et trois motions ont été présentées en séance plénière. Trois votes semblent particulièrement intéressants en ce qui concerne la présente proposition de loi.

En conclusion du débat d’orientation, une motion présentée par l’honorable Mme Lentz-Cornette (PCS) adoptée par 46 voix contre 6 abstentions demandait d’„étudier la possibilité d’une modification législative afin que le médecin traitant ne puisse plus être sanctionné pénalement s’il renonce, sur avis conforme du comité éthique, à un traitement médical qui, en l’état actuel des connaissances scientifiques, n’a aucune chance d’apporter la guérison du patient en fin de vie ni de stopper la progression d’un mal incurable“.

Une résolution présentée par Mme Françoise Kuffer (POSL) dans laquelle la Chambre s’exprimait en faveur „de l’introduction dans notre législation du „testament de vie“, testament individualisé assurant le respect de la volonté du bénéficiaire de soins concernant sa fin de vie et de l’introduction d’après le modèle danois, d’un système officiel d’enregistrement systématique des testaments de vie auprès de la Direction de la Santé publique“ a été adoptée par 26 voix pour, 22 contre et 3 abstentions.

Une autre résolution, préconisant „une modification de code pénal introduisant des dispositions permettant de rendre l’euthanasie volontaire non punissable sous certaines conditions très précises“ a été refusée par une majorité de 26 voix contre, 22 parlementaires ayant voté pour et 4 s’étant abstenus. Ces motions et résolutions n’ont pas connu de suites.

La *loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers*¹, dans son chapitre 10 sur les droits et devoirs des patients en milieu hospitalier prévoit en son article 40 que le patient a le droit d’être informé et qu’il peut refuser ou accepter toute intervention, diagnostic ou thérapeutique.

En ce qui concerne plus particulièrement les dispositions de fin de vie, *l’article 43* dispose „qu’en cas d’affectation incurable et terminale, le médecin traitant hospitalier doit apaiser les souffrances physiques et morales du patient en lui donnant les traitements appropriés, en évitant tout acharnement thérapeutique sans espoir et en maintenant pour autant que possible la qualité de la survie. Le médecin doit assister le mourant jusqu’à la fin et agir de façon à permettre au patient de garder sa dignité. De même offrira-t-il aux proches du patient l’assistance adéquate pour soulager leurs souffrances en rapport avec cette situation. A l’approche de la mort, le patient a le droit d’être accompagné en permanence par au moins une personne de son choix dans des conditions respectant sa dignité“.

Il échoit de rappeler que selon les termes de ladite loi, la notion d’„établissement hospitalier“ comprend outre les hôpitaux proprement dits, les établissements hospitaliers spécialisés, les foyers de réadaptation, les établissements de convalescence, les établissements de cures thermales et les centres de diagnostic.

Bien qu’elles constituent une amélioration considérable en ce qui concerne la situation de droit du patient en milieu hospitalier, ces dispositions ne suffisent pourtant pas pour garantir le droit à l’autodétermination face à la mort. En outre, elles ne s’appliquent pas aux patients mourants en milieu privé.

La déclaration gouvernementale d’août 1999 tout en jugeant que ce sujet ne se prêtait point à une polémique entre partis politiques, se prononçait contre une réglementation législative de l’euthanasie, point de vue non partagé par les auteurs de la présente proposition de loi.

En mai 2001, lors de sa déclaration sur l’Etat de la Nation, le Premier Ministre Juncker s’est déclaré prêt à rouvrir le débat en la matière. Les auteurs de la présente proposition de loi sont d’avis, que les débats devant permettre une décision politique ont été menés in extenso, que tous les aspects ont été évoqués à la tribune du parlement tout comme dans la presse écrite et audiovisuelle. Il s’agit maintenant d’une question de volonté politique pour progresser. La présente démarche s’inscrit dans ce contexte précis.

*

¹ Loi du 28 août sur les établissements hospitaliers, Mémorial, Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg A – No 78 du 18 septembre 1998.

LES PRINCIPES DE LA PRESENTE PROPOSITION DE LOI

La présente proposition de loi s'inspire largement du texte de loi approuvé par le Sénat belge fin octobre 2001.

Le texte définit comme „euthanasie“, l'acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

Aux termes de la proposition de loi, le médecin qui pratique l'*euthanasie* ou une assistance au suicide ne commet pas d'infraction à condition que certaines conditions soient respectées. Ainsi, le patient demandeur d'une euthanasie doit être majeur, se trouver dans une situation médicale sans issue et faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration. La demande doit être formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée et ne doit pas résulter d'une pression extérieure. Il incombe au médecin d'informer le patient de son état et des possibilités médicales. Il est également tenu de consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection. Avant de procéder à l'euthanasie ou l'assistance au suicide, le médecin traitant doit adresser une déclaration officielle à une Commission nationale de Contrôle et d'Evaluation, créée par la présente loi, et attendre la décision de la Commission avant de procéder à l'euthanasie.

Une partie importante de la proposition de loi porte sur *le testament de vie*. Ce testament de vie consigne par écrit la volonté d'une personne majeure ou mineure émancipée qu'un médecin pratique une euthanasie ou une assistance au suicide si ce 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. Le testament de vie peut également comprendre des dispositions quant au mode de sépulture. Il s'agit d'un contrat ayant comme tout autre contrat force exécutoire. Il peut être fait à tout moment et doit être constaté par écrit, daté et signé par le déclarant. Le testament de vie sera enregistré dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique auprès de la Direction de la Santé publique. Il peut être réitéré, retiré ou adapté à tout moment. Un médecin pratiquant une euthanasie sur base d'un testament de vie, doit en principe respecter les mêmes règles que s'il s'agissait d'une demande orale ou dictée par écrit du patient.

La présente proposition vise également l'instauration d'une Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation composée de neuf membres – trois médecins, trois personnes issues des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable et trois personnes engagées dans la société civile. La Commission établit un document de déclaration officielle qui doit, préalablement à une euthanasie, être complété par le médecin et adressé à la Commission. La Commission saisie d'une telle déclaration, vérifie si les conditions et la procédure prévue par le présent texte sont respectées. Elle se prononce dans un délai de sept jours au plus. Lorsqu'elle estime que toutes les conditions ne sont pas respectées, elle communique son veto suspensif motivé au médecin et envoie le dossier au parquet. Si elle estime que les conditions légales sont remplies elle en informe le médecin traitant qui procédera alors à l'euthanasie.

Le texte de la proposition de loi précise qu'aucun médecin ne peut être tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.

*

TEXTE DE LA PROPOSITION DE LOI

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 tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d’une personne à la demande de celle-ci. Par assistance au suicide il y a lieu d’entendre le fait d’aider intentionnellement une autre personne à se suicider ou de procurer à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande de celle-ci.

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

Art. 2.– 1. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide ne commet pas d’infraction s’il s’est assuré que:

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
 - le patient mineur entre 16 et 18 ans ayant demandé l’interruption de la vie peut se prévaloir de l’autorisation des parents ou de la personne jouissant de l’autorité parentale;
 - la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et qu’elle ne résulte pas d’une pression extérieure;
 - 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 et indépendamment du fait qu’elle résulte d’une affection accidentelle ou pathologique;
- et qu’il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

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:

- 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;
- 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;
- 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;

- 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;
- sauf opposition du patient, s’entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;
- s’assurer que le patient a eu l’occasion de s’entretenir de sa demande avec les personnes qu’il souhaitait rencontrer;
- adresser une déclaration officielle, visée à l’article 6 de la présente loi, à la Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation, visée à l’article 5 de la présente loi et qui se prononce dans un délai de sept jours au plus, et attendre la décision de ladite Commission avant de pratiquer l’euthanasie ou l’assistance au suicide.

Si la mort à brève échéance est manifeste, et si toutes les autres conditions prescrites par la présente loi sont respectées, le médecin peut invoquer le cas d’urgence et demander à la Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation de se prononcer dans un délai de trois jours.

3. 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 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.

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 médecin 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.

4. 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.

Chapitre III – *Le testament de vie*

Art. 3.– 1. Toute personne majeure ou mineure émancipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans un testament 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 le testament 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.

Le testament de vie peut 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 le testament de vie le déclarant peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à leur égard.

Le testament de vie peut être fait à tout moment. Il doit être constaté par écrit, daté et signé par le déclarant.

2. Si la personne qui souhaite faire un testament de vie est dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, son testament de vie peut être acté 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. Le testament de vie se fera en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'est ni l'héritier légal, ni le légataire universel du déclarant. Le testament de vie doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Le testament de vie doit être daté et signé par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe au testament de vie.

Le testament de vie sera enregistré dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des testaments de vie auprès de la Direction de la Santé.

Le testament de vie peut être réitéré, retiré ou adapté à tout moment. La Direction de la Santé est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant.

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.

3. Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite d'un testament de vie tel que prévu aux alinéas 1er et 2, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient:

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
 - est inconscient,
 - 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:

- 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 le testament 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;

- s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu du testament de vie avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;
- si le testament de vie désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;
- si le testament de vie désigne une personne de confiance, s'entretenir de la volonté du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne;
- adresser une déclaration officielle, visée à l'article 6 de la présente loi, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, visée à l'article 5 de la présente loi, et observer un délai de 10 jours avant de pratiquer l'euthanasie;
- toutefois en cas d'urgence, et si toutes les autres conditions prescrites par la présente loi sont respectées, le médecin peut invoquer le cas d'urgence et demander à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de se prononcer dans un délai de trois jours.

Le testament 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. 4.– Avant de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide le médecin traitant doit obligatoirement adresser la déclaration officielle visée à l'article 6, dûment complétée, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation visée à l'article 5 de la présente loi.

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

Art. 5.– 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 par la Chambre des Députés 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. Trois membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable. Trois membres sont des personnes engagées dans la société civile.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition que la moitié de ses membres soit présente.

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

Art. 6.– La Commission établit un document de déclaration officielle qui doit, préalablement à une euthanasie ou une assistance au suicide, être complété par le médecin et adressé à la Commission.

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 un testament de vie et qu'il désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).

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'article 7 alinéa 2, de la Commission, et 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:

- le sexe, la date et le lieu de naissance 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;
- si l'on peut estimer que le décès aura lieu à brève échéance;
- s'il existe un testament de vie;
- la procédure suivie par le médecin;
- la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et la date de ces consultations;
- la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations;
- les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a l'intention de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.

Art. 7.– 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 sont respectées.

En cas de doute, la Commission peut décider, à la majorité simple, 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 sept jours au plus.

Lorsque, par décision prise à la majorité des voix, la Commission estime que les conditions prévues par la loi sont respectées, elle communique sa décision au médecin traitant en vue de l'exécution de l'euthanasie.

Lorsque, par décision prise à la majorité des voix, la Commission estime que les conditions prévues par la présente loi ne sont pas respectées, elle communique son veto suspensif motivé au médecin traitant et envoie le dossier complet ainsi qu'une copie de la décision motivée au parquet.

Si la mort à brève échéance est manifeste, et si toutes les autres conditions prescrites par la présente loi sont respectées, le médecin peut invoquer le cas d'urgence et demander à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de se prononcer dans un délai de trois jours.

Art. 8.– La Commission établit à l'attention de la Chambre des député-e-s, 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 7;
- 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 7.

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. 9.– 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 seront fixés par règlement grand-ducal.

Art. 10.– Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés au budget du ministère de la Santé.

Art. 11.– 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. 12.– Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la Commission, visés à l'article 8, la Chambre des député-e-s organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution de la Chambre des député-e-s et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des député-e-s.

Chapitre VI – Dispositions particulières

Art. 13.– 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.

Art. 14.– La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

*

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Chapitre I. – *Dispositions générales*

Article 1:

Cet article définit les termes d'„euthanasie“ et d'„assistance au suicide“.

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

Article 2:

L'alinéa 1er de l'article 2 fixe les conditions requises pour l'impunité du médecin pratiquant une euthanasie ou une assistance au suicide.

L'alinéa 2 précise les démarches à observer préalablement à une euthanasie ou une assistance au suicide.

L'alinéa 3 concerne la demande d'euthanasie qui doit être actée par écrit par le patient lui-même ou, s'il n'est pas en état de le faire, une personne majeure de son choix qui ne soit ni un héritier légal, ni un légataire universel que le patient aura l'intention de désigner dans son testament. Ladite demande sera versée au dossier médical et peut être révoquée à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

Chapitre III. – *Le testament de vie*

Article 3:

L'alinéa 1er de l'article 3 dispose sous quelles conditions un testament de vie peut être valablement et préalablement rédigé par une personne majeure et capable. Il fixe en outre les dispositions que peut contenir un tel testament de vie.

L'alinéa 2 traite de l'hypothèse du cas où le patient est dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, de faire acter par écrit le testament de vie par une tierce personne qui ne doit être ni l'héritier légal du patient, ni son légataire universel.

Pour assurer la prise en compte d'un testament de vie, celui-ci sera enregistré dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des testaments de vie auprès de la Direction de la Santé. Celle-ci demandera tous les cinq ans la confirmation du testament de vie, afin d'assurer que les dispositions déterminées correspondent toujours à la volonté du patient.

L'alinéa 3 fixe les conditions requises pour que le médecin pratiquant une euthanasie ou une assistance au suicide à la suite d'un testament de vie ne puisse être poursuivi. L'article traite aussi des démarches à observer préalablement à une euthanasie ou une assistance au suicide.

Chapitre V. – *La Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation*

Article 5:

Cet article crée une Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation (la Commission), en fixe la composition et définit les incompatibilités avec la fonction de membre de la Commission.

Article 6:

L'article 6 définit les missions de la Commission. Elle doit notamment établir un document de déclaration officielle qui doit, préalablement à une euthanasie ou une assistance au suicide, être complété par le médecin et adressé à la Commission.

Ce document d'enregistrement comporte deux volets. Confidentiel, le premier volet a pour but de garder l'anonymat du demandeur et renseigne sur les noms et adresses du patient, du médecin traitant et des personnes consultées ainsi que sur l'existence d'un testament de vie et les personnes de confiance y déclarées et/ou intervenues. Ce premier volet est transmis par le médecin à la Commission et ne peut être consulté qu'après une décision de la Commission.

L'autre volet informe sur les données en vue d'une décision à savoir données relatives à la situation du patient, la nature de sa souffrance, l'existence d'un testament de vie, l'observation des démarches à faire par le médecin, les personnes consultées et les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a l'intention de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.

Article 7

L'article 7 détermine les conditions de vérification par la Commission. Cet examen se fait sur base du deuxième volet du document d'enregistrement et porte également sur le respect des conditions et procédures. En cas de doute, elle peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. En outre, cet article dispose qu'elle peut demander au médecin de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide. La commission doit se prononcer dans un délai de sept jours. Si la commission estime que les conditions légales sont remplies, elle transmet le dossier au médecin traitant pour exécution; dans le cas contraire elle en informe le médecin traitant et transmet le dossier au parquet.

Article 8

Cet article prévoit que la Commission doit établir un rapport statistique et une évaluation de l'application de la loi sur l'euthanasie avec, le cas échéant, des recommandations.

Article 11

L'article 11 insiste sur la confidentialité de toutes les données révélées en application de la législation sur l'euthanasie.

Chapitre VI. – Dispositions particulières

Article 13

Cet article précise qu'aucun médecin ne peut être obligé à exercer une euthanasie ou assistance au suicide. S'il refuse, il doit néanmoins, à la demande du patient ou de la personne de confiance, communiquer le dossier médical au médecin désigné par la personne de confiance ou le demandeur d'euthanasie. Aucune personne ne peut être tenue à participer à une euthanasie ou à une assistance au suicide.

Article 14

Toute personne décédée en application de la présente proposition de loi, doit être considérée comme décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/01

N° 4909¹

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2001-2002

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

* * *

AVIS DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS ET MEDECINS-DENTISTES

(18.6.2002)

Les médecins sont de plus en plus confrontés à des progrès techniques et technologiques qui font reculer l'échéance de la mort vers des limites inconnues. Le patient, de plus en plus maître de ses décisions, se voit par contre exposé à une dépendance technique croissante dans les évolutions limites de sa maladie. Nous faisons survivre des prématurés de plus en plus précoces et nous maintenons nos patients gériatriques de plus en plus longtemps en vie. Nous reculons les limites des traitements de plus en plus vers la zone grise de „l'éthiquement acceptable“ pour la société. Nous devons donc forcément arriver à une discussion sur l'utilité, la finalité et l'éthiquement acceptable de certains traitements et soins médicaux.

La discussion sur ce projet de loi doit donc s'inscrire dans ce débat tout en gardant l'autodétermination du patient face aux limites de la médecine moderne en arrière-fond. Il est évident que si pour certains le débat sur certains des aspects évoqués dépasse la limite de l'acceptable, le corps médical ne peut et ne veut pas s'opposer à une discussion de principe sur ces sujets.

Nous constatons que le débat semble se centrer autour du concept de l'„euthanasie“ qui n'est qu'un aspect parmi d'autres du droit de mourir en dignité. Pour certains, autant chez les médecins que chez les patients, l'euthanasie ne fait même pas partie du débat du tout. L'autodétermination du patient face à la mort, le testament de vie, le refus de l'acharnement thérapeutique, la promotion de la médecine palliative sont tant d'autres aspects qui se dégagent de ce projet de loi et qui sont tout aussi dignes d'intérêt que la question de la mort ou du suicide assisté.

Un aspect fondamental qu'il faut relever dans ce débat est la diversité des vues et opinions dans cette matière. Nous ne pourrions pas vous livrer une vue unifiée du corps médical dans cette matière car tout comme chez nos patients, les options religieuses, éthiques ou philosophiques des médecins englobent tout le spectre d'une société moderne. Tout au plus allons-nous tenter de vous livrer nos consensus tout en essayant de vous rendre attentifs aux dissensions que nous avons dégagées de la lecture du texte soumis à notre avis.

Discussion générale

Si au Luxembourg 77% de la population meurt à l'hôpital ou en institution, cela ne veut certainement pas dire que 77% de nos patients meurent dans une unité de soins intensifs raccordés à des machines qui prolongent inutilement leur vie.

Ce fait reflète par contre l'égoïsme et le matérialisme de notre société qui a vu le concept de la „famille“ évoluer vers la plus petite unité possible. La création de l'assurance dépendance, louable pour ses améliorations matérielles pourtant, n'a pas encore réussi à inverser la tendance qui veut que nous fassions admettre nos membres de famille âgés dans une institution spécialisée plutôt que de les encadrer à la maison.

Les soins palliatifs ne sont pas limités au milieu hospitalier et avec un investissement matériel et surtout humain (main-d'oeuvre), nous allons pouvoir couvrir la toute grande majorité des soins palliatifs en institution, à l'hôpital et à domicile.

Pour les cas individuels qui ne pourront pas être soulagés ou pris en charge correctement par ces moyens, se pose alors la question de la dignité face à une mort perçue comme étant inévitable.

Malheureusement, la pratique nous prouve que cette situation est loin d'être simple et que l'affirmation définitive concernant l'état d'un malade ou concernant l'issue d'une maladie est loin d'être certaine et sans équivoque. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres en médecine, il y a une multitude de cas individuels à juger. Les moyens pour arriver aux conclusions sont généralement d'ordre interprétatif et non d'ordre scientifique et irréfutable. Si on ajoute à cette complexité la multitude de cas individuels pouvant se présenter et l'approche radicalement différente de sa maladie d'un patient à un autre, on se rend compte à quel point une loi voulant régler la fin de vie assistée ou volontaire devrait être complexe et différenciée. A ce sujet, il faut aussi rappeler que l'attitude du patient envers sa maladie et ses conséquences est caractérisée par des doutes, des incertitudes, des changements d'humeurs, des moments de dépression, des problèmes relationnels et autres aléas thérapeutiques et qu'un diagnostic n'est jamais immuablement acquis et qu'une issue fatale n'est jamais chronologiquement prévisible.

L'affirmation de devoir légiférer indispensablement en la matière et de sortir l'euthanasie de la relation de confiance médecin-malade nous semble pour le moins faiblement argumentée d'autant plus que ce n'est que pour la transférer dans un carcan bureaucratique.

Références

Rappel de l'article 45 de la déontologie médicale

„En cas d'affection incurable et terminale, le médecin doit apaiser les souffrances physiques et morales du patient en lui donnant les traitements appropriés, en évitant tout acharnement thérapeutique sans espoir et en maintenant autant que possible la qualité d'une vie qui s'achève. Le médecin doit assister le mourant jusqu'à la fin et agir de façon à permettre au patient de garder sa dignité. Le médecin n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort du patient.“

Rappel de la résolution du Comité Permanent des médecins européens, document CP 2000/085 Rev3 du 15.3.02

„Soins aux malades en phase terminale

Résolution sur l'euthanasie et l'obstination thérapeutique déraisonnable¹

Dans le cas d'une maladie dont le diagnostic est certainement fatal et/ou qui est entrée en phase terminale et compte tenu du consentement éclairé du patient, le médecin, avec l'équipe thérapeutique, doit militer son intervention à la thérapie, incluant un éventuel traitement palliatif visant à :

- soulager ou éviter des souffrances inutiles*
- prodiguer au patient les soins appropriés pour améliorer et préserver, dans la mesure du possible, sa qualité de vie.*

Dans le cas d'un état de conscience détérioré chez le patient, le médecin doit poursuivre la thérapie pour le maintenir en vie aussi longtemps que cette thérapie peut être considérée comme bénéfique.

Le médecin doit s'abstenir de tout excès de zèle en administrant un traitement qui ne peut raisonnablement être censé améliorer l'état de santé du patient et/ou sa qualité de vie; un tel traitement serait considéré, à juste titre, comme une obstination thérapeutique déraisonnable, particulièrement si des instructions définies ont été formulées par le patient dont les droits d'accepter ou de refuser un traitement doivent être respectés.

Le médecin ne doit pas, à la demande du patient ou de toute autre personne, administrer ou faire administrer un traitement visant à entraîner le décès du patient.

Toute décision relative aux situations susmentionnées ne doit pas être conditionnée par des considérations économiques, sociales ou autres, mais exclusivement vouée au soulagement de la souffrance et à la protection de la qualité de vie du patient.

¹ La délégation néerlandaise ne peut adopter cette résolution, car elle est d'avis que celle-ci ne tient pas compte de la pertinence de la notion éthique et juridique d'autonomie des patients et de „force majeure“ (obligations contradictoires) en invoquant l'implication des médecins dans ces matières.

Comme vous pouvez déduire des deux textes ci-dessus, le code de déontologie ainsi qu'une prise de position commune de tous les médecins européens (avec un avis séparé de la délégation néerlandaise) nous orientent le débat vers l'abstention de l'acharnement thérapeutique et vers le développement de la médecine palliative. Nous insistons aussi sur la remarque que toute décision concernant l'acharnement thérapeutique et les soins palliatifs doit se faire exclusivement sur base de critères scientifiques et humanitaires et non sur base de choix sociaux ou économiques. De multiples exemples nous ont montré que les risques d'un dérapage vers l'économiquement traitable ou supportable sont réels et ceci d'autant plus que les systèmes de financement sont en difficulté.

Nous sommes pleinement conscients du fait que si ces deux textes reflètent l'opinion d'une majorité du corps médical, ils ne reflètent certainement pas l'opinion de la totalité de ses membres et que des avis séparés nettement plus radicaux dans un sens comme dans l'autre existent.

Testament de vie

Pour une même situation, un patient et/ou sa famille peuvent juger que les soins devront être continués sous peine d'accuser les soignants de non-assistance à personne en danger, alors que pour un autre patient et/ou sa famille les limites de l'acceptable sont atteintes et le fait de continuer les soins équivaut à de l'acharnement thérapeutique. C'est pour cela que nous saluons la proposition d'un testament de vie qui devrait clarifier ce débat souvent difficile, fait d'interprétations et de jugements subjectifs.

Déjà le simple fait de passer du statut de personne en bonne santé au statut de malade peut faire basculer pas mal d'affirmations bien arrêtées auparavant.

Le débat doit se situer aussi au niveau de l'information du patient et de son consentement dit „éclairé“. Il n'est certainement pas facile pour nombre de patients de faire face à une discussion réaliste et rationnelle de leur espérance de vie, d'autant plus que les certitudes quant aux issues sont statistiquement quantifiables mais la plupart du temps impossibles à déterminer au niveau individuel. Cette discussion doit donc être réservée aux patients qui le désirent et non pas imposée à tous ceux qui préfèrent ne pas y faire face.

Le fait de faire signer le testament de vie par des témoins est une bonne chose, si le patient dispose de deux personnes ayant sa confiance et si ces personnes sont disponibles à chaque fois que le patient veut changer son testament de vie.

Outre le fait que ce testament devrait faire partie du dossier du malade, il devra donc aussi être enregistré auprès de la Direction de la Santé publique. Si on sait à quel point ces testaments de vie peuvent changer au cours d'une maladie, on peut se demander si cela peut bien être utile ou ne fait que compliquer la procédure. „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.“ Le fait de ne pas régler ces dispositions par la présente montre la difficulté du sujet, le fait de le renvoyer aux calendes grecques ne va pas simplifier les choses. Le fait d'intégrer le testament de vie au dossier du malade suffira amplement et nous évitera des complications administratives inutiles dans l'intérêt du patient.

Ce testament de vie devrait donc servir à consigner les volontés du patient quant aux aspects qualitatifs et philosophiques de son traitement et quant aux options de l'étendue des efforts thérapeutiques. Le fait de le confiner à une finalité d'euthanasie nous semble laisser passer une chance de régler une fois pour toutes le problème de la dépénalisation du passage de la médecine curative vers la médecine palliative. L'abstention de l'acharnement thérapeutique ne peut et ne doit plus résulter dans des poursuites judiciaires. C'est un des grands aspects positifs qu'on pourrait donner à ce projet de loi.

Concernant la déclaration officielle, la commission nationale de contrôle et d'évaluation

C'est ici que nous voyons les plus grands problèmes et ceci d'autant plus que les modalités pratiques préconisées sont à des milliers de kilomètres d'une approche réalisable sur le terrain. A certains de nos membres, ces dispositions donnent même carrément froid au dos quant à leur aspect bureaucratique et envahissant.

Nous refusons totalement une approche lente, lourde et administrative d'un aspect aussi intime touchant au plus profond de l'être que pourrait l'être une demande de mort assistée ou d'euthanasie.

Non seulement les délais, sous condition qu'ils puissent être respectés, sont totalement irréalistes, mais encore la composition et la multitude des membres de cette commission anéantissent tout semblant de respect de l'intimité ou de la sphère privée du malade et ne pourront jamais trouver notre accord même sous condition que notre société accepte le principe de l'euthanasie même. Dans la plupart des cas, les patients ne peuvent pas attendre des jours ou des semaines, alors qu'une souffrance est en place, ce qui nous a d'ailleurs amené à argumenter le bien-fondé d'une thérapie antidouleur maximale auparavant. Dans les cas où le temps ne joue pas un rôle essentiel se pose alors la question du pourquoi de la demande et des alternatives à proposer pour que le patient ne soit plus amené à la formuler telle quelle.

En conclusion, nous saluons ce projet de loi pour les aspects positifs qu'il entend promouvoir:

- le développement et le financement de la médecine palliative
- la dépénalisation de l'abstention thérapeutique et le rejet de l'acharnement thérapeutique
- la création d'un testament de vie afin de faciliter la prise de décision quant à l'étendue des soins à administrer à un patient donné
- le développement de l'autonomie du patient et du consentement éclairé.

Nous refusons par contre les modalités pratiques envisagées dans ce projet de loi pour légiférer l'euthanasie, même sous condition que ce principe soit accepté par notre société.

Bien que les opinions soient divisées au sujet de l'euthanasie et malgré les émotions avec lesquelles ce débat peut parfois être mené, nous tenons à appeler au respect des opinions d'autrui. Ceci vaut autant pour nos patients que pour nous-mêmes car le corps médical n'est pas unanime à ce sujet.

4909/02, 5584/08

**N^{os} 4909²
5584⁸**

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2006-2007

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

PROJET DE LOI

relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et
à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:

1. le Code des assurances sociales;
2. la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire;
3. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
4. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux

* * *

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

(13.7.2007)

Par dépêche du 8 février 2002, le Premier Ministre, Ministre d'Etat, soumit à l'avis du Conseil d'Etat la proposition de loi sous rubrique, déposée à la Chambre des députés par la députée Lydie Err et le député Jean Huss en séance publique du 5 février 2002 (*Doc. parl. No 4909, sess. ord. 2001-2002*).

Le 21 avril 2006, le Conseil d'Etat se vit encore communiquer aux mêmes fins par le Premier Ministre, Ministre d'Etat, le projet de loi en vedette (*Doc. parl. No 5584, sess. ord. 2005-2006*).

Ces deux dossiers furent complétés par l'envoi au Conseil d'Etat par le Premier Ministre, Ministre d'Etat:

- le 5 août 2002, des avis du Collège médical et de l'Association des médecins et médecins-dentistes relatifs à la proposition de loi;
- le 21 juillet 2006, des avis du Collège médical, de la Chambre des employés privés, de la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins, de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, de la Commission consultative de l'assurance-dépendance, de la Chambre de travail et du Conseil supérieur de certaines professions de santé;
- le 14 septembre 2006, de l'avis de l'a.s.b.l. Omega 90;
- le 6 octobre 2006, de l'avis de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois;
- le 17 octobre 2006, de l'avis de la Fédération luxembourgeoise des équipes hospitalières spécialisées en soins palliatifs;
- le 29 janvier 2007, de l'avis du Conseil supérieur des personnes handicapées.

Le Conseil d'Etat a également revu les avis qui avaient été émis par les différentes instances consultées dans le cadre du projet de loi No 5303 relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie.

Suivant son propre exposé des motifs, la proposition de loi „vise à dépénaliser l'acte de l'euthanasie ou d'assistance au suicide effectué par un médecin dans des conditions très précises“. Le projet de loi visé est par contre motivé par le souci de „favoriser et propager plus largement les prises en charge palliatives“.

Afin de départager, ne serait-ce que de façon très grossière, les deux textes en lice, un effort de définition des notions-clés s'impose.

Selon Brigitte Longuet, „le terme *euthanasie* doit être utilisé dans le cas d'administration délibérée de substances provoquant la mort à la demande du malade qui désire mourir ou sans son consentement s'il ne peut plus le donner, sur décision d'un proche ou du corps médical. Dans ce cas, l'intention est de donner la mort. (...) L'*aide au suicide* est le cas où le patient accomplit lui-même l'acte mortel, guidé par un tiers qui lui a auparavant fourni les renseignements et/ou les moyens nécessaires pour se donner la mort (...)“.¹ Les *soins palliatifs* poursuivent par contre en toute priorité le but de soulager la douleur et la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.²

En fait cependant, comme le Conseil d'Etat aura encore l'occasion de le faire remarquer ultérieurement, la ligne de démarcation entre proposition et projet de loi n'est pas aussi tranchée qu'il n'y paraît à première vue. Pour preuve, le médecin ne peut, dans le cadre de la proposition de loi sous examen, accéder à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide que „si 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“ et après s'être assuré „de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient“³. Force est de relever qu'ici encore le soulagement de la douleur est une préoccupation primordiale, tout en constituant par ailleurs une condition justificative *sine qua non* de l'acte d'euthanasie ou d'aide au suicide.

Le Conseil d'Etat annonce d'emblée qu'il concentrera son examen sur le projet de loi sous avis, sans pour autant négliger de porter accessoirement un regard parallèle sur la proposition de loi, d'ailleurs bien conçue et solidement documentée. Sans vouloir préjuger de l'avenir, il estime que la prudence est de rigueur en la matière et se permet de renvoyer à ce propos à l'expérience française. Il est remarquable de noter dans ce contexte que la loi (française) No 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie a été votée à l'unanimité et à l'Assemblée nationale et au Sénat. Cette loi s'est efforcée de répondre à deux questions fondamentales: la cessation de la vie, quand et comment? Tout comme le projet No 5584 sous avis, elle a organisé la fin de vie sans cependant permettre l'euthanasie et l'on s'est par la suite forcément interrogé: „Fallait-il ou faudrait-il ultérieurement aller plus loin? Le fait que la loi ait été votée à l'unanimité ne saurait dissimuler l'existence de courants au sein du Parlement. Certains n'ont vu dans la loi qu'ils étaient en train de voter qu'un premier pas, en vue de faciliter la réalisation d'une seconde conquête qui consacrerait un droit à l'euthanasie. Pour d'autres, au contraire, la loi du 22 avril 2005 est suffisante (...). Il n'en reste pas moins que pour l'heure (elle) constitue un progrès: une loi est plus efficace qu'une construction jurisprudentielle dont le processus de constitution est nécessairement plus lent. Le malade et son entourage seront maintenant écoutés.“⁴

Fort de ce précédent, le Conseil d'Etat prône en l'occurrence une approche réservée, ménageant l'avenir. Et d'appuyer cette démarche sur la Recommandation 1418 (1999) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe concernant la „Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants“ et sur le Code de déontologie médicale approuvé par arrêté ministériel du 7 juillet 2005.

Par ladite Recommandation, l'Assemblée parlementaire invita en effet le Comité des Ministres⁵ „d'encourager les Etats membres du Conseil de l'Europe à respecter et à protéger la dignité des malades incurables et des mourants:

1 Brigitte Longuet/Doit-on légiférer sur la fin de vie?/Gazette du Palais, 29-30.10.2004, pp. 2-3.

2 Article 1er du projet de loi No 5584.

3 Article 2, paragraphes 1er, dernier tiret, et 2, deuxième tiret de la proposition de loi No 4909.

4 Jean Pradel/La Parque assistée par le Droit. Apports de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

5 Réponses du Comité des Ministres fournies d'ailleurs les 30 octobre 2000 (Doc. 8888) et 26 mars 2002 (Doc. 9404).

- a. en consacrant et en protégeant le droit des malades incurables et des mourants à une gamme complète de soins palliatifs (...);
- b. en protégeant le droit des malades incurables et des mourants à l'autodétermination (...);
- c. en maintenant l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants:
 - i. vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les Etats membres, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme qui dispose que „la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement“;
 - ii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers;
 - iii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort.“

En concordance avec cette recommandation, l'article 40 du Code de déontologie médicale⁶ „interdit au médecin de provoquer délibérément la mort d'un malade (euthanasie) ou de l'aider à se suicider“. Il s'agit en l'occurrence d'une orientation déontologique contraignante susceptible „d'aider les professionnels régulièrement confrontés aux défis de la dure réalité, aux questionnements des patients et à la détresse de l'entourage de ces derniers“.⁷

*

Avant d'aborder l'examen des articles du projet de loi No 5584 susmentionné, le Conseil d'Etat se propose d'émettre encore un certain nombre d'observations liminaires et quelques considérations générales.

*

OBSERVATIONS LIMINAIRES

1° Les antécédents législatifs

- Le 20 mai 2003, fut déposé à la Chambre des députés le projet de loi portant institution d'un congé d'accompagnement sans solde et modifiant a) la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat, b) la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux (*Doc. parl. No 5160, sess. ord. 2002-2003*).

Dans son avis du 4 mai 2004, le Conseil d'Etat, pour les motifs y déduits, s'était formellement opposé audit projet, tout en proposant „d'intégrer le congé d'accompagnement dans le cadre d'un second train de mesures relatives aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie“, dont il constituerait un chapitre spécifique.⁸

Le projet de loi visé fut finalement retiré du rôle des affaires de la Chambre des députés à la date du 21 novembre 2006, l'objet afférent ayant entre-temps été réglé par le projet de loi No 5584 déposé le 7 juin 2006⁹ sur lequel porte précisément le présent avis.

- Le 19 février 2004, le dépôt d'un autre projet de loi fut encore effectué à la Chambre des députés, à savoir celui relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie (*Doc. parl. No 5303, sess. ord. 2003-2004*).

Dans son avis du 4 mai 2004, le Conseil d'Etat, soucieux de provoquer un débat serein et étendu en une matière aussi délicate, et favorable à une approche par étapes, avait limité son examen aux seules modifications à apporter au Code des assurances sociales en rapport avec les soins palliatifs (*Doc. parl. No 5303³, sess. ord. 2003-2004*).

⁶ Code approuvé par arrêté ministériel du 7 juillet 2005 et publié au Mémorial A No 160 du 27 septembre 2005, p. 2751 ss.

⁷ Avis du Conseil d'Etat du 4 mai 2004 sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie (*Doc. parl. No 5303³, sess. ord. 2003-2004, p. 2*).

⁸ *Doc. parl. No 5160⁴, sess. ord. 2006-2007*.

⁹ Voir Chapitre III (articles 9 à 15) et Chapitre IV (articles 17 et 18) du *Doc. parl. No 5584, sess. ord. 2005-2006*.

Le projet critiqué fut finalement retiré du rôle par la Chambre des députés dans sa séance du 3 mai 2006,¹⁰ pour être remplacé par celui déposé le 7 juin 2006.¹¹

2° Le cadre déontologique

Le Conseil d'Etat a itérativement insisté sur l'importance du volet déontologique entourant les relations entre patient et médecin. Cet aspect est appelé à jouer un rôle clé en fin de vie d'un malade.¹² Aussi paraît-il utile de consacrer quelques développements à cette question.

Le préambule du Code de déontologie médicale, approuvé par arrêté ministériel du 7 juillet 2005,¹³ ramasse en substance l'ensemble des articles du code des devoirs et des droits des médecins dans la formule: „Un patient libre face à un médecin libre“. Il prend soin d'explicitier dans sa phrase finale que „l'indépendance du malade est totale vis-à-vis du médecin et l'indépendance du médecin totale vis-à-vis du malade“.

Les deux parties sont toutefois liées par un „contrat de soins“ et „le devoir *premier* du médecin est de ne pas porter atteinte à la personne avec laquelle se noue la relation thérapeutique, de respecter son intégrité corporelle et psychique, ainsi que l'autonomie de sa volonté“ (Introduction du Chapitre IV, art. 29 ss.).

Conformément à l'article 3, „le médecin, au service de l'individu et de la santé publique¹⁴, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité“. Il y est précisé que le respect de la dignité humaine „est en toute circonstance le devoir *primordial* du médecin“ et s'impose encore après la mort du patient.

L'article 11 institue une forme d'intervention spontanée et obligatoire en prévoyant que „tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou qui est informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires“.¹⁵

L'indépendance du médecin

„L'exercice de la médecine est personnel; le médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.“ (Art. 29)¹⁶ Comme corollaire, „hormis dans un cas d'urgence et dans celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.“, sous réserve des cas prévus par le Code de déontologie et sur lesquels le Conseil d'Etat reviendra ultérieurement (Art. 58, alinéa 1). Mais „dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement à son patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science en faisant appel, s'il y a lieu, à l'assistance de tiers compétents“. (Art. 30)

L'indépendance du malade

Le Code de déontologie consacre „le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien“ (Art. 8). Le patient a un droit d'accès à son dossier médical qui ne peut d'ailleurs être communiqué à des tiers qu'avec son assentiment, exprès ou tacite (Art. 55).

Conformément à l'article 38, „(le patient) prend avec le médecin les décisions concernant sa santé, compte tenu des informations qui lui ont été fournies“. Il doit donner „par écrit ou tacitement“ son consentement à tout „acte médical préventif, diagnostique ou thérapeutique“ et peut „à tout moment“ le retirer. „Le consentement libre (étant) un droit du patient“, ce dernier doit nécessairement aussi pouvoir refuser son consentement à un acte médical. Il se dégage de la disposition visée que le malade

10 Doc. parl. No 5303⁸, sess. ord. 2005-2006.

11 Doc. parl. No 5584, sess. ord. 2005-2006.

12 Doc. parl. No 5303³, sess. ord. 2003-2004, p. 2, renvoyant au doc. parl. No 4754⁵, sess. ord. 2003-2004, pp. 7 à 9.

13 Voir note 7 ci-avant.

14 Cette référence à la santé publique fait intervenir un élément extérieur à la relation synallagmatique entre malade et médecin. Voir en outre l'article 62, alinéa 2 disposant que „(le médecin) doit informer le patient de ses responsabilités et de ses devoirs vis-à-vis de lui-même, de tiers et de la collectivité ...“ (et l'article 37, alinéa 2).

15 A rapprocher des articles 410-1 et 410-2 du Code pénal, incriminant les „abstentions coupables“.

16 Cf. en outre Art. 7 et 10 p. ex.

peut en toute circonstance accorder, refuser ou retirer son *consentement* à un traitement, quel qu'il soit. Le Code de déontologie ne lui accorde par contre aucunement le droit (positif) de réclamer, d'exiger un acte médical déterminé auprès d'un prestataire déterminé.

La situation de fin de vie du patient

En principe, „le médecin tient compte des volontés quant au cours (que le malade) entend donner à la fin de sa vie ainsi qu'à la destination de sa personne physique (testament de vie ou dispositions de fin de vie“ (Art. 44).

Cependant, „face aux cas de malades proches du terme de leur vie, le médecin *doit* récuser tout traitement ou tout acte qui s'avérerait inadapté dans la mesure où il ne procurerait aucun soulagement mais aurait à l'opposé pour seul but de prolonger la vie dans des conditions qui pourraient être considérées comme contraires à la dignité humaine (acharnement thérapeutique)“ (Art. 41). Il a par contre „l'*obligation* de soulager la souffrance physique et psychique. Il veillera à ce que la souffrance sociale et spirituelle du malade incurable soit prise en charge. Il ne traite plus la maladie mais le malade (soins palliatifs)“ (Art. 42).

Sont formellement prohibées l'euthanasie¹⁷ et l'aide au suicide (Art. 40). Dans ce dernier contexte s'ouvre une zone d'ombre. En effet, dans quelle mesure le respect par un médecin de la volonté librement exprimée par un patient lucide de refuser ou de retirer son consentement à un acte médical préventif, diagnostique, voire thérapeutique pourrait-il être qualifié d'aide au suicide? A noter que le Code de déontologie ne distingue pas entre aide active ou passive au suicide. Comment appréhender la problématique dans le contexte de l'hypothèse de refus d'alimentation ou de nutrition par un malade (d'ailleurs, effectivement ou non, en fin de vie)?

Du côté du médecin, tout ne paraît pas non plus réglé avec la dernière certitude. Au vœu de l'article 58, „un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles“, sauf dans deux cas de figure: le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité. La situation de fin de vie devrait sans doute rentrer dans la première hypothèse et parmi les devoirs visés compterait sûrement l'obligation de soulager la souffrance physique et psychique.¹⁸ Toujours est-il, et quelle que soit d'ailleurs l'hypothèse en cause, que „le médecin reste en tout état de cause tenu d'assurer la continuité des *soins vitaux* du malade jusqu'à prise en charge effective des soins par le nouveau prestataire“ (Art. 58, alinéa 3). Comment dès lors qualifier l'abstention d'agir du médecin en dehors de l'hypothèse légitime du refus de l'acharnement thérapeutique (euthanasie, aide au suicide ...)?

Force est de souligner le rôle primordial revenant en l'occurrence au testament de vie ou aux dispositions de fin de vie du patient dont le médecin „tient compte“ (Art. 44).

3° Quelques exemples de précédents étrangers

A ce titre, l'on peut d'abord invoquer la situation prévalant en France où ont été adoptées la loi No 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹⁹ et la loi No 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.²⁰ Qu'il soit rappelé à ce stade que cette dernière a été votée à l'unanimité.

Avec sa loi du 28 mai 2002, la Belgique est, après les Pays-Bas (avril 2001), le deuxième pays au monde à avoir dépenalisé l'euthanasie.²¹ A noter que ce projet a été voté par 86 voix favorables, 51 suffrages négatifs, en présence de 10 abstentions.

¹⁷ C'est-à-dire la provocation délibérée de la mort d'un malade.

A rapprocher des articles 393 et 394 du Code pénal:

„**Art. 393.** L'homicide commis avec intention de donner la mort est qualifié de meurtre. Il sera puni de la réclusion à vie.“

„**Art. 394.** Le meurtre commis avec préméditation est qualifié assassinat. Il sera puni de la réclusion à vie.“

¹⁸ En d'autres mots: les soins palliatifs visés à l'Art. 42.

¹⁹ Publiée au J.O. le 5 mars 2002, p. 4118.

Pour un commentaire, voir Yvonne Lambert-Faivre, Dalloz 2002, Chroniques pp. 1217-1220, pp. 1291-1296 et 1367-1374.

²⁰ Publiée au J.O. le 23 avril 2005, p. 7089.

Voir référence doctrinale citée dans la note 4.

²¹ Loi relative à l'euthanasie, publiée au Moniteur le 22 juin 2002.

En Allemagne, la discussion sur l'accompagnement en fin de vie et les testaments de vie (Patientenverfügungen) bat son plein.²² L'Espagne n'est pas en reste, dans la foulée de quelques cas dramatiques épinglés dans les médias.²³

En fait, la société civile, à travers l'Europe notamment, se montre de plus en plus sensibilisée à la problématique esquissée, sous l'effet sans doute aussi des efforts de mobilisation déployés par les mouvements associatifs.²⁴

4° Reflets jurisprudentiels: les affaires *Pretty* et *Jurivie/Pro Vita*

Dans l'affaire *Pretty*, une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique a fait plaider devant la *CEDH* que ses droits fondamentaux auraient été violés par le refus du Director of Public Prosecutions de prendre l'engagement de ne pas poursuivre le mari s'il l'aidait à mettre fin à ses jours et par l'état du droit anglais qui ferait du suicide assisté une infraction.

La deuxième espèce a trait à un recours en annulation de la loi (belge) du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, introduit auprès de la *Cour d'arbitrage* par l'a.s.b.l. *Jurivie* et l'a.s.b.l. *Pro Vita*.

Affaire *Pretty* (29.4.2002)²⁵

1. Devant la Cour de Strasbourg, la requérante a soutenu que „l'autoriser à se faire aider pour mettre un terme à son existence ne serait pas contraire à l'article 2 de la Convention, sans quoi les pays dans lesquels le suicide assisté n'est pas illégal violeraient cette disposition. De surcroît, l'article 2 garantirait non seulement le droit à la vie, mais également le droit de choisir de continuer ou de cesser de vivre (...) et il garantirait à la requérante, comme corollaire du droit à la vie, un droit à mourir de façon à éviter une souffrance et une indignité inéluctables“ (pt 35).

Dans son arrêt du 29 avril 2002, la Cour européenne des droits de l'homme estime „qu'il n'est pas possible de déduire de l'article 2 de la Convention un droit à mourir, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique“ (pt 40). Pour le surplus, elle fait valoir que d'ailleurs „même si l'on devait juger non contraire à l'article 2 de la Convention la situation prévalant dans un pays donné qui autoriserait le suicide assisté, cela ne serait d'aucun secours pour la requérante en l'espèce, où n'a pas été établie la justesse de la thèse très différente selon laquelle le Royaume-Uni méconnaîtrait ses obligations découlant de l'article 2 de la Convention s'il n'autorisait pas le suicide assisté“ (pt 41).

2. La requérante a ensuite fait plaider que „la souffrance à laquelle elle se trouve confrontée participe d'un traitement dégradant au sens de l'article 3 de la Convention. Atteinte d'une atroce et irréversible maladie en phase terminale, elle serait vouée à connaître une mort extrêmement pénible et indigne (...). L'Etat aurait une obligation positive de l'en protéger et „cette obligation consisterait à prendre les mesures requises pour prémunir Mme *Pretty* contre la souffrance qu'il lui faudra endurer“ (pt 44).

Pour la Cour, „l'article 3 ne fait peser sur l'Etat défendeur aucune obligation positive de prendre l'engagement de ne pas poursuivre le mari de la requérante s'il venait à aider son épouse à se suicider ou de créer un cadre légal pour toute autre forme de suicide assisté“ (pt 56).

3. La requérante affirme encore que le droit à l'autodétermination consacré, entre autres mais surtout, par l'article 8 de la Convention „comporterait à l'évidence celui de disposer de son corps et de décider ce qu'il doit en advenir“ (pt 58).

22 Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 16/91, 29 mars 2007-04-16. Voir p. ex. *Die Zeit*, 22.3.2007, p. 7/29.3.2007, pp. 3-5, *FAZ*, 19.1.2007, *Warum dürfen Menschen sterben? Ein Gespräch mit dem Münchner Palliativmediziner Gian Domenico Borasio über den Zwang zum Leben*.

23 Les cas de *Madeleine Z.* et *Immaculada Echevarría*.
El País, 17.1. (p. 1, 27-28), 19.1. (p. 26), 20.1., 24.1. (p. 30) et 2.2.2007 (p. 38).

24 P. ex. – *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V.*
– *Asociación Derecho A Morir Dignamente*
– *Dignitas – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben* (association suisse)
– *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité – Lëtzebuerg, a.s.b.l.*

25 Requête No 2346/02.

La Cour reconnaît que „la requérante en l'espèce est empêchée par la loi d'exercer son choix d'éviter ce qui, à ses yeux, constituera une fin de vie indigne et pénible“ (pt 67). Reste à savoir si cette atteinte trouve une cause justificative dans le paragraphe 2 de l'article 8 de la Convention. A ce propos, la Cour relève que „la législation reflète l'importance du droit à la vie en interdisant le suicide assisté tout en prévoyant un régime d'application et d'appréciation par la justice qui permet de prendre en compte dans chaque cas concret tant l'intérêt public à entamer des poursuites que les exigences justes et adéquates de la rétribution²⁶ et de la dissuasion“ (pt 76). Elle conclut qu'en l'espèce „l'ingérence incriminée peut passer pour justifiée comme „nécessaire, dans une société démocratique“, à la protection des droits d'autrui“ (pt 78).

4. La requérante invoque encore une violation de l'article 9 de la Convention, relatif au droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion (pt 80).

„La Cour ne doute pas de la fermeté des convictions de la requérante concernant le suicide assisté, mais observe que tous les avis ou convictions n'entrent pas dans le champ d'application de l'article 9 de la Convention“ (pt 82) qui n'a pas été violé en l'occurrence.

5. La requérante soutient enfin qu'„elle serait empêchée d'exercer un droit dont jouiraient d'autres personnes, capables de mettre fin à leurs jours sans assistance du fait qu'aucun handicap ne les prive de cette possibilité“ (pt 85). Il y aurait dès lors à son égard violation de l'article 14 de la Convention.

Pour la Cour, il y a „une justification objective et raisonnable à l'absence de distinction juridique entre les personnes qui sont physiquement capables de se suicider et celles qui ne le sont pas“ (pt 89) et partant „il n'y a pas eu violation de l'article 14 de la Convention en l'espèce“ (pt 90).

*Affaire Jurivie/Pro Vita*²⁷

Par son arrêt No 4/2004 du 14 janvier 2004, la Cour d'arbitrage a rejeté comme non fondé le recours en annulation dirigé, sur la base de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, par l'a.s.b.l. Jurivie et l'a.s.b.l. Pro Vita à l'encontre de la loi (belge) du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Il s'en dégage que la légalisation de l'euthanasie en Belgique n'est pas incompatible avec le „droit à la vie“ consacré par l'article 2 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome, le 4 novembre 1950.

*

CONSIDERATIONS GENERALES

I. Objet du projet de loi sous examen

Le projet de loi sous avis a principalement pour but de sauvegarder l'autonomie décisionnelle du malade en fin de vie par rapport aux différentes possibilités d'agir face à ses souffrances et à l'évolution de son affection, définie comme incurable et en phase avancée ou terminale. Il lui permettra d'articuler sa volonté ou de la déléguer par l'intermédiaire d'une directive anticipée dans des situations où son état de santé l'empêche de manifester son consentement ou son refus au traitement proposé. Le malade en fin de vie pourra obtenir de la part de son médecin un soulagement efficace de ses souffrances au prix éventuel d'une diminution de la durée de sa vie.

Le projet de loi dépénalise l'acte du médecin qui prend la responsabilité de laisser mourir son patient en récusant un traitement dégradant et inhumain qui aurait comme seule conséquence de le faire continuer à vivre sans aucun espoir de voir son état s'améliorer.

Il se propose en outre d'instituer un congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie tout en insérant au Code des assurances sociales les dispositions nécessaires à l'effet d'en assurer la prise en charge de même que celle en rapport avec les soins palliatifs visés.

II. Structure dudit projet de loi

Elle en reflète nécessairement l'objet en prenant la forme suivante:

²⁶ A lire „répression“?

²⁷ Arrêt publié au Moniteur, le 23 février 2004.

- Chapitre Ier – Du droit aux soins palliatifs
- Chapitre II – De la volonté du malade et de la directive anticipée
- Chapitre III – Du congé pour l’accompagnement des personnes en fin de vie
- Chapitre IV – Dispositions modificatives et finales, (étant à préciser que:
- l’article 15 porte sur le Code des assurances sociales;
 - l’article 16 vise la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l’exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire;
 - l’article 17 complète la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l’Etat;
 - l’article 18 en fait de même pour ce qui est de la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
 - l’article 19 définit une forme de citation abrégée;
 - l’article 20 comporte la détermination de l’entrée en vigueur de la loi en perspective).

III. Discussion

Les dispositions en rapport avec le congé pour l’accompagnement des personnes en fin de vie sont consignées aux Chapitres III et IV, articles 15 (point 1), 16 et 17 du projet de loi No 5584. Elles sont très largement inspirées des orientations fournies par le Conseil d’Etat dans son avis du 4 mai 2004 émis en rapport avec le projet de loi portant institution d’un congé d’accompagnement sans solde (...).²⁸ Les dispositions du Chapitre III du projet de loi en discussion pourraient utilement être insérées au Code du travail introduit par la loi du 31 juillet 2006. Aussi le Conseil d’Etat formulera-t-il dans le cadre de l’examen des articles une proposition allant dans ce sens.

Les modifications que le projet de loi entend, en vertu de l’article 15 de son Chapitre IV, apporter au Code des assurances sociales sont, quant à elles, quasi textuellement reprises de la version correspondante entérinée par le Conseil d’Etat dans son avis du 4 mai 2004 sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs et à l’accompagnement en fin de vie.²⁹

Le Conseil d’Etat estime partant pouvoir faire l’économie de revenir en détail sur les dispositions ci-avant évoquées et se permet de renvoyer dans ce contexte à ses avis précités. Ce n’est que par la tangente qu’il lui arrivera d’y revenir par la suite. La discussion portera donc essentiellement sur les dispositions des deux premiers Chapitres du projet de loi sous examen.

Le Chapitre Ier – qui s’intitule „Du droit aux soins palliatifs“ – appelle les considérations ci-après.

Le refus de tout traitement fait partie des droits élémentaires du malade face à sa prise en charge par le médecin et l’équipe soignante. Le consentement du malade est consacré par la Convention d’Oviedo sur les Droits de l’Homme et la biomédecine du 4 avril 1997, dont l’article 5 prévoit qu’„une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu’après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l’intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement.“

L’article 40 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers précise que le patient a le droit de refuser ou d’accepter toute intervention diagnostique ou thérapeutique.

Selon le Conseil d’Etat, il y a lieu de respecter le droit du malade de refuser tout traitement, même si l’abstention, notamment en fin de vie devant une pathologie avancée ou en stade terminal, peut entraîner ou accélérer la mort. Par „tout“ traitement, il y a notamment lieu d’entendre les traitements médicamenteux soutenant les fonctions vitales, les traitements des infections, les aides techniques sous forme de supports ventilatoires, d’épuration extra-rénale, l’alimentation parentérale ou par sonde et l’hydratation par perfusion.

²⁸ Doc. parl. No 5160⁴, sess. ord. 2003-2004.

²⁹ Doc. parl. No 5303³ sess. ord. 2003-2004.

L'article 2 ayant trait à l'obstination déraisonnable vise la situation décrite communément comme acharnement thérapeutique. Le Conseil d'Etat se rallie au choix plus approprié du terme „obstination déraisonnable“, introduit dans le Code de la santé publique français par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, qui est plus nuancé que celui d'„acharnement thérapeutique“, alors que le verbe „s'acharner“ signifie étymologiquement „poursuivre avec une ardeur violente une proie vivante pour la tuer“. Aussi le Conseil d'Etat propose-t-il dans un souci de cohérence de remplacer dans tous les autres textes législatifs le terme „acharnement thérapeutique“ par celui d'„obstination déraisonnable“, notamment dans l'article 43 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Le Comité consultatif national d'éthique français a résumé dans son rapport du 3 mars 2000 que „l'accord quant au refus de l'acharnement thérapeutique est aujourd'hui largement réalisé, tant par les instances religieuses, qu'éthiques et déontologiques. Tous les comités d'éthique qui ont eu à réfléchir sur l'euthanasie ces dernières années dénoncent l'acharnement thérapeutique déraisonnable, poursuivi au-delà de tout espoir.“ Le Comité d'éthique luxembourgeois n'échappe pas à cette règle.

Le refus de l'acharnement thérapeutique est lié aux droits du malade dans plusieurs textes normatifs. Ainsi, c'est dans le chapitre 10 „Droits et devoirs des patients“ de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers que se situe l'article 43 qui dispose qu'„en cas d'affection incurable et terminale, le médecin traitant hospitalier doit apaiser les souffrances physiques et morales du patient en lui donnant les traitements appropriés, en évitant tout acharnement thérapeutique sans espoir et en maintenant pour autant que possible la qualité de la survie“.

L'article 41 du Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège médical et approuvé par arrêté ministériel du 7 juillet 2005 dispose quant à lui que „face aux cas de malades proches du terme de leur vie, le médecin doit récuser tout traitement ou tout acte qui s'avérerait inadapté dans la mesure où il ne procurerait aucun soulagement mais aurait à l'opposé pour seul but de prolonger la vie dans des conditions qui pourraient être considérées comme contraires à la dignité humaine (acharnement thérapeutique)“.

Les deux dispositions précitées s'appuient donc sur le droit du malade à ne pas subir des traitements qui pourraient notamment être considérés comme inhumains et dégradants et donc contraires à la dignité humaine.

L'article afférent du projet de loi sous avis se distingue par le fait qu'il met l'accent sur la situation du médecin dont le comportement est dépenalisé alors qu'il n'applique pas un traitement jugé par lui comme inefficace et donc inapproprié et disproportionné, sachant que cette abstention peut hâter la mort.

Cet article ne spécifie pas l'influence de la volonté du patient ou de son entourage sur la procédure décisionnelle aboutissant au refus de l'obstination déraisonnable.

Le Conseil d'Etat rappelle dans ce contexte les conclusions de la commission spéciale „Ethique“ de la Chambre des députés sur l'acharnement thérapeutique dans son rapport de 1999:

„(L)es problèmes liés à l'acharnement thérapeutique semblent résolus, du moins théoriquement, puisque depuis le vote de la loi sur les établissements hospitaliers, le droit au refus ou à l'acceptation d'un traitement est concédé au patient, donc aussi le droit au refus ou à l'acceptation d'un traitement qu'il juge acharné (...).

La loi précitée accorde donc le droit de refuser un traitement quel qu'il soit. Cette manière de voir et d'exprimer les choses semble en effet logique, puisque (...) il est difficile de dire quand s'arrête le traitement et quand commence l'acharnement thérapeutique.

Mais, il y a une autre raison non négligeable pour préférer l'approche choisie dans la loi sur les établissements hospitaliers à une approche tendant à interdire au médecin de s'acharner. L'approche retenue part de la notion de droit du patient. La personne concernée devient ainsi le sujet qui décide et non plus la victime, objet d'un acharnement thérapeutique dont il faut la protéger. L'on pourrait croire, à première vue que le résultat est le même, ce qui est faux. La perspective ouverte par la loi paraît plus juste que celle qui part non pas du malade responsable qui décide d'un traitement et auquel on accorde ce droit, mais du médecin qui décide de s'acharner et auquel on refuse cette liberté.

Par ailleurs, une personne malade peut parfaitement, pour des raisons dont elle est seule juge, réclamer des médecins les soins les plus acharnés et les plus intensifs pour survivre à tout prix, quelles que soient ses souffrances et ses dégradations. Ne faut-il pas alors lui concéder ce droit,

parce que lucide et bien informée, elle aura choisi de tenter le tout pour le tout, de prendre sur elle tous les inconvénients d'un traitement de survie, parce qu'elle aura pour cela des motivations tout à fait personnelles?

La commission est d'avis que si le malade demande la continuation d'un traitement „acharné“, le médecin doit tout faire pour prolonger sa vie, puisque telle est la volonté expresse du patient qui a aussi un droit à l'acharnement thérapeutique. Il est évident que nul ne pourra obliger un médecin à appliquer un traitement contre sa conscience.

L'acharnement thérapeutique n'est pas nécessairement mauvais en soi, bien que le terme ait pris une connotation exclusivement péjorative. Des malades ont pu guérir contre tout espoir, parce que des médecins se sont acharnés.

Ce qui est indigne et condamnable aux vues de la commission spéciale, c'est l'acharnement thérapeutique abusif et insensé qui va à l'encontre de ce que le malade veut et de ce qu'il décide. Cet acharnement-là ne peut être évité qu'à travers une législation qui confère au patient le droit au refus ou à l'acceptation du traitement et qui assure la protection de ce droit. Toute autre approche laisse le médecin seul juge du caractère abusif, insensé, inutile du traitement, puisque c'est lui seul qui évalue les chances de guérison.³⁰

Au Conseil d'Etat de souligner que la volonté du patient et de son entourage doit être prise en compte lorsqu'une attitude thérapeutique peut être qualifiée d'obstination déraisonnable. Le refus de l'obstination déraisonnable est de nos jours un principe communément admis. Une réglementation allant dans ce sens devra notamment mettre le malade en fin de vie à l'abri d'un traitement inhumain et dégradant, et le médecin responsable à l'abri d'une inculpation pour abstention coupable. Une telle démarche ne pose pas de problème si ce refus de l'obstination thérapeutique se fait d'un commun accord entre le malade et son médecin. Le consentement à cette attitude par le malade se fait soit directement s'il est lucide, soit en recherchant sa volonté présumée, par l'intermédiaire d'une directive anticipée notamment. La situation est plus difficile si la volonté présumée du malade n'est pas connue, ou bien si le malade ou son entourage réclament la poursuite d'un traitement que le médecin considère être une obstination déraisonnable, mais dont l'interruption aurait comme conséquence le décès à court terme. Le libellé de l'article 2 tel qu'il est formulé laisserait au médecin dans cette éventualité l'entière liberté de suivre ses convictions.

Le Conseil d'Etat préconise une disposition plus restrictive afin d'éviter des abus potentiels qui pourraient notamment comporter une discrimination basée sur des critères d'âge ou de capacités cognitives altérées, discrimination que pourrait être amené à appliquer un médecin obligé de sélectionner les bénéficiaires de soins face à un manque de ressources ne permettant plus une prise en charge équitable pour tous sans distinction, et de faire ainsi interférer des raisons d'ordre économique dans la procédure décisionnelle d'interrompre un traitement devenu déraisonnable, en dehors ou au-delà de tout souci de non-malfaisance vis-à-vis du malade. Une telle dérive serait en effet assimilable au fait de provoquer délibérément la mort du patient concerné.

Les sociétés savantes médicales traitant des processus décisionnels aboutissant aux limitations et arrêts de traitements n'ont dans le passé pas tenu le médecin responsable de poursuivre un traitement jugé comme futile, indépendamment de la volonté du malade ou de ses proches. Cette attitude paternaliste a cependant été mise en question lors des dernières vingt années dans un souci de respecter l'autonomie décisionnelle du patient.

Ainsi, les recommandations de la Société de réanimation de langue française sur les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte de 2002 précisent que

„le patient apte à consentir doit être associé à la réflexion concernant une limitation ou un arrêt de thérapeutique(s) active(s). Il est informé de la décision et de ses modalités d'application. Le patient doit consentir à la proposition de limitation ou à l'arrêt de thérapeutique(s) active(s) le concernant et aux modalités d'application. Un patient apte à consentir peut, cependant, ne pas vouloir participer à la décision ni en être informé, ni *a fortiori* y consentir. Cette volonté du patient doit être respectée. (...) En ce qui concerne le patient inapte à consentir (*incompétent*), un éventuel souhait de limitation ou d'arrêt de thérapeutique(s) active(s) exprimé ou écrit antérieurement par le patient doit être recherché et notifié mais ne peut être le seul critère de décision. Un témoignage indirect de la volonté du patient transmis par les proches est important mais ne

30 Doc. parl. No 4408, sess. ord. 1998-1999, pp. 22-23.

peut être le seul critère de décision. Dans le cas d'une discussion de limitation ou d'arrêt de thérapeutique(s) active(s), les proches ne sont pas décisionnels mais doivent être consultés.

La consultation des proches concerne au minimum la consultation de la personne la plus apte à faire circuler les informations parmi les proches. Il peut s'agir de la personne de confiance désignée par le patient, ou d'une personne désignée par les proches eux-mêmes ou à défaut identifiée par l'équipe médicale. Cette personne peut être invitée à participer aux discussions collégiales si elle le souhaite.“

L'autonomie du patient a été renforcée par la loi française du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dont le projet de loi sous avis s'inspire dans le domaine de l'obstination déraisonnable. Elle délimite un cadre très strict au refus de l'obstination déraisonnable aux cas des malades hors d'état d'exprimer leur volonté:

„Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.“

Le Conseil d'Etat suggère de s'inspirer de ces dispositions dans le projet de loi sous avis et de prévoir que, dans le cas d'un patient incapable de s'exprimer, le médecin doit être tenu de consulter au moins un confrère avant de prendre sa décision.

Dans les situations où il y a discordance entre le médecin et le patient ou son entourage direct sur la futilité de la poursuite du traitement, il y a confrontation entre plusieurs autonomies. Si l'autonomie du patient doit être respectée, celle du médecin doit l'être aussi. Nul médecin ne peut être forcé d'agir contre ses convictions morales. Le médecin peut-il dans ce cas être obligé de mettre tout en œuvre pour transférer le patient à un autre confrère? Qui sollicite ce confrère? Qui est responsable du déroulement du transfert et notamment des conséquences d'un transport risquant de faire décéder un malade instable en situation précaire qui veut cependant que tout soit fait pour qu'il reste en vie? Les préoccupations de la commission spéciale „Ethique“ de la Chambre des députés visant à protéger dans ces cas l'autonomie du malade sont louables. Cependant le Conseil d'Etat, sans mettre en question le principe du libre choix du médecin par le patient, doit s'interroger sur la praticabilité d'une telle démarche dans ces cas rares mais concrets visant à honorer l'autonomie décisionnelle d'un malade qui a précisément en l'occurrence perdu toute autre autonomie.

Se pose par ailleurs la question de savoir si la société peut être obligée de subvenir à un traitement communément reconnu comme superflu en termes d'efficacité? Même si une étude américaine a évalué la fréquence de ces conflits entre médecins, d'une part, et patients ou entourage, d'autre part, à quelque 2% des situations de refus d'obstination déraisonnable, ce pourcentage reflète une réalité certes rare mais délicate dans la prise en charge quotidienne des personnes incurablement malades en phase avancée ou terminale de leur affection.

L'autonomie peut ainsi se heurter à des considérations faisant intervenir l'équité et la juste allocation des ressources, qui peuvent justifier de ne pas prendre en considération la décision du malade.

Aussi le Conseil d'Etat recommande-t-il de ne pas exiger explicitement le respect de la volonté du malade face à une situation d'obstination déraisonnable, mais d'inscrire dans l'article 2 du projet de loi sous avis l'obligation d'une consultation entre médecins, conformément à l'article 30 du Code de déontologie médicale, et de documenter la décision dans le dossier médical. Le patient doit être informé, son consentement recherché et sa volonté également inscrite dans le dossier médical.

Au-delà des dispositions visant à garantir au malade en fin de vie l'accès à des soins palliatifs adéquats, le projet de loi sous avis met l'accent sur l'importance de l'intention d'un soulagement efficace de la souffrance du malade par rapport à une préoccupation de tenir le malade en phase terminale ou avancée d'une affection incurable en vie par tout moyen. L'obligation de la protection de la vie telle qu'elle découle de l'article 2 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales et l'interdiction au médecin de provoquer délibérément la mort, fixée notamment par le Code de déontologie des médecins, sont respectées par cette disposition.

Le projet de loi met le médecin à l'abri du chef d'accusation d'abstention coupable visée par les articles 410-1 et 410-2 du Code pénal et met en exergue le droit du malade et de son médecin de refuser

un traitement. Ainsi, le projet de loi vient conforter la relation médecin-patient au stade critique de fin de vie en s'appuyant sur les principes de bienfaisance et de non-malfaisance, dans le respect de l'autonomie du malade et de sa dignité.

Si le respect de la dignité de la personne humaine consacré par l'article 1er de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ne peut impliquer le droit de mourir, ce même respect devra lui éviter de subir des traitements inhumains et dégradants.

Le respect de la dignité du patient est inscrit dans l'article 38 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers qui dispose que „tout patient a droit à la protection de sa vie privée, à la confidentialité, à la dignité et au respect de ses convictions religieuses et philosophiques“. Il est évident que ce droit doit s'appliquer à tout patient, hospitalisé ou non. Reste à savoir quelles obligations découlent de ce respect de la dignité du patient, notamment en fin de vie.

Peut-on déduire du principe du respect de la dignité de la personne humaine un droit à la mort, dès que le patient perçoit le fait de devoir mourir non pas subitement et de façon inopinée, mais dans les perspectives imprévisibles d'une maladie chronique qui l'habite, comme un état de fait contraire à sa dignité personnelle?³¹ Faut-il dès lors lui assurer les moyens nécessaires pour parvenir à une autre mort, le cas échéant en instrumentalisant à cette fin des médecins, tout en outrepassant leur Code de déontologie, comme le préconisent les auteurs de la proposition de loi?

Le Conseil d'Etat insiste sur le respect du Code de déontologie de la profession applicable en l'espèce. La mise à mort délibérée de personnes, avec ou sans leur consentement, n'est pas compatible avec la déontologie de l'exercice de la médecine dans la très grande majorité des pays du monde. Les études en médecine ne prévoient pas l'apprentissage de connaissances visant à éliminer des êtres humains. Ceux qui font mourir, à quelque dessein que ce soit, ne sont donc pas à recruter dans la profession de ceux qui sont formés pour guérir et soigner.

Le Conseil d'Etat constate que si les auteurs de la proposition de loi se basent sur le respect de la dignité humaine et de l'autodétermination de la personne, ils n'en limitent pas moins les conditions dans lesquelles l'autodétermination peut être prise en considération dans le contexte d'une aide active au suicide voire un acte délibéré d'euthanasie.

En effet, le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue et faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration et, indépendamment du fait qu'elle résulte d'une affection accidentelle ou pathologique, un autre médecin doit être consulté quant au caractère grave et incurable de l'affection. 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. Il faut ensuite adresser une déclaration officielle à une Commission nationale de contrôle et d'évaluation, qui se prononce dans un délai de sept jours au plus, puis attendre la décision de ladite Commission avant de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide. Si la mort à brève échéance est manifeste et si toutes les autres conditions prescrites par la loi sont respectées, le médecin peut invoquer le cas d'urgence et demander à la Commission nationale de contrôle et d'évaluation de se prononcer dans un délai de trois jours.

Force est donc de souligner que la proposition de loi sous avis soumet le droit à l'autonomie du malade à se „faire“ mourir à des conditions très précises qui sont proches de celles du projet de loi sous avis, c'est-à-dire celles d'une personne en phase avancée ou terminale, victime d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration.

A ces patients, la disposition de l'article 3 du projet de loi ouvre la possibilité d'une sédation palliative. Technique d'anesthésie, la sédation consiste à provoquer, de façon transitoire et en principe réversible, une altération de la vigilance. Cette sédation peut s'obtenir par des médicaments utilisés pour diminuer la vigilance (par exemple benzodiazépines, barbituriques) ou par des médicaments à effet antalgique primaire, comme les morphiniques ayant un effet accessoire de sédation.

Il s'agit d'une approche palliative qui propose une amélioration de la qualité de la fin de vie des malades atteints d'une pathologie incurable. Cette attitude repose, selon la définition des soins palliatifs, sur le contrôle optimal des symptômes et le maintien d'une vie relationnelle significative. On peut considérer cette intervention comme une voie acceptable pour mettre un terme à des souffrances physiques ou morales intolérables dans la perspective de la mort.

³¹ Tel a été l'enjeu dans l'affaire *Pretty* tranchée par l'arrêt de la Cour de Strasbourg du 29 avril 2002/Voir note 25 ci-avant.

La sédation palliative obéit à la règle éthique du double effet associée au nom de Thomas d'Aquin. La règle dite du double effet est une règle éthico-morale qui postule que lorsqu'une action entraîne à la fois un effet désirable et un effet indésirable, il reste éthiquement justifié d'agir, si on le fait dans la seule intention d'obtenir l'effet désirable. Elle oppose des prescriptions médicales qui visent à soulager, à celles qui viseraient à provoquer le décès du patient. Un acte peut avoir deux effets: l'un bon qui est voulu et l'autre mauvais qui est prévu mais pas voulu. En d'autres termes, selon la règle en cause, il est permis de prescrire des médicaments pour traiter des symptômes jugés insupportables par la personne malade, même s'il est probable que ces traitements risquent d'abrégier sa vie, si les conditions suivantes sont remplies:

- aucune autre initiative, médicale ou non, ne peut être proposée pour soulager la personne malade au stade terminal. Le but visé est affirmé comme un but thérapeutique, dont les effets, y compris les effets secondaires attendus, sont proportionnels à l'intensité des symptômes.
- le risque d'accélérer la mort par la sédation palliative est acceptable s'il n'y a pas d'autre moyen pour soulager efficacement la souffrance du malade, ce qui est l'intention de cette forme de traitement. L'évaluation du résultat se fait en fonction du contrôle des symptômes et non de la survenue de la mort. Les principes actifs utilisés diffèrent également entre sédation palliative et euthanasie: si la sédation palliative a recours aux morphiniques, benzodiazépines et barbituriques, la pratique d'euthanasie y associe les curarisants.

Le Conseil d'Etat considère que la condition d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration sur laquelle est basée la dépénalisation de l'euthanasie telle que prévue par la proposition de loi peut donc être efficacement contrée par la mise en route d'une sédation palliative. Par conséquent, le Conseil d'Etat retient que l'introduction du principe de la sédation palliative par le projet de loi sous avis retire à la proposition de loi sa principale motivation. Reste que, même si les souffrances de la personne en fin de vie peuvent être soulagées efficacement, il est prévisible que la sédation palliative ne soit pas perçue par chaque individu comme la situation idéale pour terminer sa vie, par référence à sa dignité individuelle, telle qu'il la conçoit sur le plan personnel et subjectif.

La notion philosophique de dignité humaine mérite sans doute une attention particulière, car elle connaît à l'heure actuelle un usage inflationniste, souvent réductionniste, ceci dans des contextes aussi divers que la bioéthique ou la définition du droit naturel. Dans le cadre de la réflexion sur l'euthanasie, elle est même systématiquement invoquée pour soutenir les deux positions contradictoires, celle des défenseurs et celle des opposants. Dans un cas comme dans l'autre, elle est utilisée de manière superficielle et rapide pour exclure de manière abusive la thèse inverse, sans que pour autant le sens de la notion ne soit vraiment interrogé.

Le Conseil d'Etat n'entend pas s'enliser dans cette discussion.

Il insiste sur les aléas cachés et inattendus auxquels conduisent les essais d'une déduction du droit positif à partir d'une notion aussi générale que celle de dignité humaine, véritable boîte de Pandore si elle n'est pas maniée avec prudence et circonspection. Enfin, et quelle que soit la définition de la notion de dignité humaine sur laquelle on veuille s'appuyer, celle-ci ne permettra pas d'établir de manière éthique l'équivalence entre laisser mourir et faire mourir.

A l'appui de sa thèse préconisant d'avancer avec circonspection en la matière, le Conseil d'Etat de s'emparer encore des développements suivants effectués par Anne-Claire Aune au cours de son évocation du droit de „mourir dans la dignité“:

„(...) l'idée en ombre chinoise qui semble se détacher de cette revendication c'est d'admettre le fait qu'une vie est digne si elle a une certaine qualité. Or, cette notion de qualité de vie est très dangereuse dans la mesure où cela porte atteinte au principe d'égalité entre les hommes. Comment fixer le degré de „qualité de vie“ qu'il faudrait posséder pour considérer avoir une vie digne? Une fois admise l'idée selon laquelle la vie humaine n'a plus de valeur intrinsèque, les risques d'abus vers une euthanasie à valeur eugénique est possible.“³²

L'intitulé du Chapitre II se lit „De la volonté du malade et de la directive anticipée“.

32 Anne-Claire Aune, Peut-on légaliser l'euthanasie? Gazette du Palais, 19 au 21 décembre 2004, pp. 14-15.

Selon les pays, le document en question porte des noms différents, par exemple „living will“ ou „testament biologique“, „testament de fin de vie“, „directives de fin de vie“ ou „directives anticipées“. Les auteurs du projet ont opté pour cette dernière appellation.

Pour dès le départ en souligner le caractère théorique, le Conseil d'Etat fait sienne l'appréciation que fait de ces écrits le philosophe Vladimir Jankélévitch estimant que „(le) testament de vie est une fausse promesse, parce qu'elle est fonction d'une opinion sur un mal à venir tenu pour insupportable et pour incurable, dans l'ignorance que je suis de ce que sera ce mal ni des moyens de le soigner“.

Selon l'Association médicale mondiale³³ réunie en assemblée générale à Helsinki en 2003 et prenant position sur les directives anticipées („living wills“), celles-ci expriment un „phénomène ayant pris racine avec la crainte du caractère excessif, inefficace de l'acharnement thérapeutique en phase terminale dans une situation où la déchéance physique ou intellectuelle s'avère manifestement irréversible“.

Mais l'objet des directives anticipées n'étant pas délimité d'office, l'Entente des Hôpitaux du Luxembourg signale à bon escient qu'„une personne pourrait très bien signaler qu'elle veut que le médecin fasse tout ce qui est en son pouvoir pour la maintenir en vie le plus longtemps possible. On remarque que l'objectif de la directive serait alors inversé.“

Dans tous les cas, la „directive anticipée“ est un document écrit et signé par lequel une personne arrête ses volontés quant aux questions relatives à sa fin de vie, en particulier sur la question des soins médicaux qu'elle veut ou ne veut pas recevoir si elle se trouve dans un état tel qu'elle n'est plus capable d'exprimer sa volonté.

Dans la proposition de loi, les questions relatives aux funérailles ou aux dons d'organes sont également mentionnées. Par ailleurs, l'association Omega 90 est d'avis que „la directive anticipée peut contenir aussi d'autres points importants pour le malade, à part les aspects médicaux, comme par exemple tout ce qui concerne la personne en tant qu'être bio-psycho-socio-spirituel, ou des souhaits allant au-delà de la mort“.

Comme la directive anticipée est un écrit rédigé, selon les auteurs du projet de loi sous revue, par une personne majeure ou émancipée, le Conseil supérieur des personnes handicapées déplore dans son avis „l'exclusion de fait de bon nombre de personnes handicapées, déclarées incapables majeurs et placées sous un régime de protection tel que la tutelle ou la curatelle ... Dans le souci de l'égalité des droits, cette disposition devrait s'appliquer également aux personnes déclarées incapables majeurs et placées sous un régime de protection tel que la tutelle ou la curatelle.“ Dans ce contexte, le Conseil d'Etat voudrait relever la situation des mineurs d'âge. Dans le domaine de la recherche biomédicale, ayant trait également à la volonté du malade et à son consentement libre et éclairé, une disposition de la Convention d'Oviedo sur les Droits de l'Homme et la biomédecine du 4 avril 1997 règle ce défi par les dispositions de son article 6, ayant trait à la protection des personnes n'ayant pas la capacité de consentir:

„2. Lorsque, selon la loi, un mineur n'a pas la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi. L'avis du mineur est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité.

3. Lorsque, selon la loi, un majeur n'a pas, en raison d'un handicap mental, d'une maladie ou pour un motif similaire, la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi. La personne concernée doit dans la mesure du possible être associée à la procédure d'autorisation.“

Le Conseil d'Etat renvoie par ailleurs dans ce contexte à la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, dont certaines dispositions peuvent éclairer la situation, pour dramatique quelle soit, de l'enfant atteint d'une maladie incurable et se trouvant en fin de vie.

³³ L'Association Médicale Mondiale (AMM) est une organisation internationale de médecins. Elle a été fondée le 17 septembre 1947, alors que des médecins de quelque 27 pays se réunissaient en première assemblée générale à Paris avec pour objectif d'assurer l'indépendance des médecins et les plus hautes normes possibles en matière d'éthique et de soins.

Ainsi, l'article 12 de cette convention dispose en son paragraphe 1er que „(les) Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité“. L'article 3, paragraphe 1er de la même convention prévoit en outre que „dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale“. Finalement, l'article 24 de la Convention précise que „(les) Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.“ L'accès aux soins palliatifs doit, au vu de ce texte, donc également être garanti aux enfants.

Dans ce même contexte, l'association médicale mondiale recommande que „si le patient est un mineur ou un majeur protégé, le médecin doit rechercher l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, sauf en cas d'urgence rendant impossible cette consultation et ceci en respect de la législation concernant la décision des représentants légaux pour les patients incapables“.

La législation française³⁴ a en plus prévu la situation d'une personne qui, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même les directives en question. Elle peut alors faire appel à deux témoins, dont la personne de confiance régulièrement désignée³⁵, pour attester que l'écrit correspond à la véritable expression d'une volonté libre et éclairée. Ces témoins indiqueront leur nom et joindront leurs attestations à la directive anticipée.

Il importe au Conseil d'Etat qu'au moment de la rédaction des directives, la personne puisse se trouver en état d'exprimer sa volonté, libre et éclairée. Raison pour laquelle il propose de reprendre la disposition de la législation française qui dit que „le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées“.

Le Conseil d'Etat est encore à s'interroger sur la portée des directives: sont-elles contraignantes, sous certaines conditions et avec certaines limites ou sont-elles à respecter simplement comme des informations utiles et importantes à prendre en compte?

Aux termes d'une étude réalisée par le Conseil de l'Europe, les directives anticipées sont juridiquement contraignantes dans un quart des Etats membres.³⁶ Mais aussi dans ces pays, il y a des limites au caractère contraignant, comme en Allemagne, qui attribue une valeur limitée au caractère contraignant lorsque les instructions du malade ont été données sans entretien médical préalable, lorsqu'elles sont anciennes ou emploient une formule standardisée voire générale.

Parmi les organes consultés au Luxembourg, la Chambre de travail et l'association Omega 90 estiment que le médecin doit respecter la volonté de la personne concernée en tous cas.

Les arguments contre une force obligatoire des directives de fin de vie font valoir qu'une directive émise à l'avance ne peut jamais prévoir tous les scénarios pouvant se produire en fin de vie ainsi que les avancées de la science médicale et les progrès technologiques. C'est pourquoi ces directives seraient évidemment un élément important de la décision médicale, à prendre selon le principe de l'intérêt supérieur du malade et pour laquelle une évaluation individuelle reste cependant indispensable.

34 Décret français No 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées „Expression de la volonté relative à la fin de vie“.

35 Par l'article L. 1111-6 du Code de la santé, libellé comme suit:

„Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.“

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.“

36 Conseil de l'Europe, Comité directeur pour la bioéthique, rapport de la réunion du 3 au 6 décembre 2002.

D'un autre côté, il est évident qu'une directive aura d'autant plus de poids dans la décision médicale qu'elle aura été écrite à un moment où les conséquences de la maladie et notamment celles du traitement pouvaient être anticipées par la personne concernée.

La question de la responsabilité médicale en cas de non-respect éventuel des volontés de fin de vie reste posée. „Aux cliniciens de tirer la motivation de ce respect non pas de la menace d'une responsabilité individuelle, mais plutôt des principes de l'éthique clinique et de la bonne pratique médicale en accord avec la préservation de l'autonomie décisionnelle du patient³⁷“, telle est la conclusion de juristes canadiens qui se sont exprimés à ce sujet.

Selon l'Association médicale mondiale, „une directive anticipée dûment élaborée doit être respectée à moins que n'existent des raisons bien fondées de supposer qu'elle n'est pas valide parce qu'elle ne représente plus les souhaits du malade ou que sa capacité de compréhension était imparfaite au moment de la préparation de la directive ... Elle est positionnée au rang des indices qui permettent au médecin de prendre la décision finale, qui seule lui appartient ... En toutes hypothèses cependant, le médecin tiendra compte de cet avis pour toutes décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement sur le malade.“

La commission des affaires sociales du Sénat français³⁸ s'était exprimée ainsi: „dans tous les cas, le médecin doit „en tenir compte“, ce qui ne signifie pas qu'il doive forcément s'y soumettre s'il considère qu'elles ne correspondent pas à la réalité pathologique du malade. Il va de soi qu'elles auront plus de poids si elles ont été rédigées par une personne qui connaissait son mal et les risques liés à son évolution ... mais la responsabilité incombe au médecin.“

Le rapport du 18 novembre 2004 fait à l'Assemblée nationale française par la commission spéciale chargée d'examiner la proposition de loi relative aux droits des malades et à la fin de vie abonde dans le même sens: „Eclairage des volontés de la personne à l'instant où elles sont rédigées, les directives anticipées ont une valeur relative ... pour le médecin les directives anticipées peuvent être une source utile de renseignements, ... et une justification des traitements qu'il entreprend ou qu'il abandonne.“

Quant aux modalités de conservation et d'accès, elles doivent satisfaire à un impératif: l'accessibilité. Pour cette raison, le projet de loi prévoit un éventail très important de possibilités: conservation dans le dossier du médecin traitant ou dans le dossier médical du malade en cas d'hospitalisation, mais aussi par l'auteur lui-même ou par un autre dépositaire. Le projet sous avis ne mentionne pas la qualité de ce dépositaire, donc cela pourrait être la personne de confiance, un membre de la famille ou encore un proche mais aussi un notaire ou avocat.

Dès lors, toute personne admise dans un établissement de santé pourra porter à la connaissance des médecins l'existence de directives anticipées, transcription de cette indication devant être faite dans le dossier médical. Le texte français ajoute encore une obligation pour le médecin qui doit, même si aucune mention n'a été faite dans le dossier médical sur l'existence éventuelle de directives, s'enquérir d'une telle existence auprès de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, des proches ou du médecin traitant du malade ou du médecin qui lui a envoyé le malade. Le Conseil d'Etat propose de reprendre cette disposition fort utile.

Reste la question d'un enregistrement central des directives anticipées. A ce propos, la Chambre des fonctionnaires et employés publics rappelle son avis du 4 mai 2004, dans lequel elle „avait rendu attentif aux multiples problèmes que ces obligations entraîneraient, aussi bien en rapport avec la confidentialité des données qu'avec leur accessibilité 24/24 heures“.

Pour la Chambre de travail par contre, „la directive anticipée doit être enregistrée afin d'être opposable *erga omnes* et d'éviter que des ayants cause qui, par hasard, découvriraient la directive anticipée, la fassent valoir pour satisfaire leurs propres intérêts (en fonction du contenu de la directive anticipée, soit en la présentant à un médecin soit en la retenant délibérément). Etant donné que la Chambre de travail requiert l'obligation d'enregistrer la directive anticipée, elle exige qu'un règlement grand-ducal doive (et non seulement puisse) prévoir la mise en place d'un enregistrement centralisé des directives anticipées.“

La Chambre des employés privés relève quant à elle „que la mise en place supplémentaire d'un enregistrement centralisé des directives anticipées, que le médecin traitant pourrait consulter, serait

³⁷ La responsabilité médicale et hospitalière pour le non-respect des volontés de fin de vie en droit civil québécois, par Lara KHOURY, Professeure adjointe, Faculté de droit, Université McGill, Montréal, Canada.

³⁸ Annexe au procès-verbal de la séance du 6 avril 2005

également utile en cas de non-accessibilité de la personne dépositaire d'une directive anticipée. Elle propose dès lors que la mise en place d'un tel enregistrement centralisé ne soit pas facultative, mais obligatoire."

L'Entente des Hôpitaux „estime que les directives anticipées devraient être centralisées au niveau d'un registre national, sous réserve des contraintes applicables en matière de protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel. Les soins palliatifs ne sont en principe pas prodigués dans l'urgence, de sorte qu'il n'y a normalement pas de besoin pour un registre central accessible 24 heures sur 24 (sauf situations exceptionnelles)."

Le Conseil d'Etat propose une approche pragmatique et exploratoire en la matière: s'il devait s'avérer à l'expérience que le dépôt auprès du médecin traitant ou auprès d'un proche ne donne pas satisfaction, un enregistrement central, par exemple auprès de la Direction de la santé, sera à envisager.

Dans d'autres avis, la question du destinataire est posée. Ainsi, la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins „demande que ces dispositions soient également transposées, *mutatis mutandis*, au personnel soignant ... et exprime son souhait que l'accès au registre central – dans le cas de sa mise en place – soit d'une part élargi à tout intervenant en matière de soins palliatifs et que, d'autre part, les procédures y afférentes soient organisées de la manière la plus pragmatique possible".

L'Entente des Hôpitaux du Luxembourg soulève la question que „le texte ne précise pas non plus expressément que les responsables des institutions ont également accès aux directives anticipées, ni que le contenu de ces directives peut être communiqué aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire qui encadre la personne en détresse".

Finalement, le Conseil supérieur des personnes handicapées recommande qu'un règlement grand-ducal ouvre l'accès à la directive anticipée à l'ensemble des intervenants et souhaite que la procédure à cet effet soit aussi simple que possible.

Sans vouloir sous-estimer le rôle de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire, indispensable pour réaliser les soins palliatifs, le Conseil d'Etat souligne le rôle central du médecin traitant, dans le contexte donné par les articles 2 et 3 du projet sous avis. Il propose donc que le destinataire de la directive anticipée soit le médecin traitant, alors que les proches, y inclus le personnel soignant, peuvent en être les dépositaires ou intermédiaires.

Quant à la forme prévue pour les directives anticipées, le texte n'exige pas de formes particulières. „Il est évident qu'ici la facilité est de rigueur, le formalisme excessif s'accommode mal des situations envisagées. Il pourrait exister éventuellement une incitation à augmenter les formes en la matière liées à la protection de la personne rédactrice afin d'éviter les faux ou les dictées, mais les directives n'ayant qu'une valeur consultative, on a estimé que la protection finale par le médecin était suffisante."³⁹

Seule l'Entente des Hôpitaux du Luxembourg estime „qu'il serait souhaitable qu'un schéma de directive anticipée soit défini de manière uniforme afin d'éviter toute utilisation abusive ou toute interprétation idéologique et subjective ... Une telle proposition de schéma devrait être élaborée respectivement validée par le CNER (Comité National d'Ethique et de Recherche)."

Ayant pris connaissance de nombreux modèles circulant tant au Luxembourg qu'à l'étranger, le Conseil d'Etat a une nette préférence pour une rédaction personnelle, exprimant la volonté de son auteur, pratique qui mettrait davantage à l'abri d'idéologues de tout bord, cherchant à promouvoir leur modèle.

En ce qui concerne la désignation facultative d'une personne de confiance, le texte sous avis laisse de nombreuses questions ouvertes. Ainsi, l'Entente des Hôpitaux du Luxembourg se demande: „qu'est-ce qui se passe si les déclarations de la personne de confiance contredisent la directive anticipée? Qui peut être la personne de confiance? Cette personne de confiance pourrait le cas échéant être l'héritier de la personne soignée et ainsi avoir un intérêt matériel dans l'administration des soins. A quel moment (endéans quels délais) la personne de confiance doit-elle être entendue?"

L'Association médicale mondiale donne une grande importance à la consultation de tiers et recommande que „si le médecin n'est pas assuré de la validité d'une directive anticipée demandant l'arrêt de tout traitement susceptible de prolonger la vie, il doit demander l'avis des membres de la famille

39 Les directives anticipées, Denis BERTHIAU, Maître de conférences, Université Paris 5.

ou des représentants légaux et d'au moins d'un confrère ou du comité d'éthique. Les membres de la famille ou les représentants légaux seront désignés dans la directive anticipée; ils devront être de confiance et disposés à témoigner des intentions exprimées par le signataire de la directive."

L'approche de juristes canadiens, à laquelle le Conseil d'Etat adhère, est la suivante: „La personne donnant le consentement substitué doit d'abord se conformer aux volontés exprimées dans une directive anticipée. A défaut, elle doit décider en accord avec les volontés exprimées par le patient avant la survenance de l'incapacité ou, à défaut, sur la base de ce que la personne donnant le consentement substitué pense être dans le meilleur intérêt du patient.“⁴⁰

Et le Conseil supérieur des personnes handicapées insiste à ce que „ce document puisse faire référence à une personne de confiance choisie par l'intéressé et qui pourrait agir comme représentant pour les affaires courantes et des questions médicales pouvant survenir durant le cours de l'affection“.

Le Conseil d'Etat, au regard du rôle important joué par la personne de confiance, propose que toute directive anticipée, qui implique une personne de confiance, soit contresignée par celle-ci afin d'assurer l'effet utile de l'expression de la volonté du malade.

*

EXAMEN DES ARTICLES

Le Conseil d'Etat recommande de modifier les intitulés du Chapitre Ier et de ses trois articles. Comme le Chapitre Ier ne traite qu'en partie du droit aux soins palliatifs, le Conseil d'Etat propose de lui donner l'intitulé „Droits du malade en fin de vie“ puisque les trois articles assurent en fait trois droits spécifiques de la personne en fin de vie:

- l'accès à des soins palliatifs;
- la limitation ou l'arrêt de traitements inadéquats;
- l'obligation d'un soulagement des souffrances.

Aussi l'intitulé de ces trois articles est-il à modifier en conséquence.

Article 1er

Par rapport à l'article 1er du projet de loi No 5303, cet article reprend la définition des soins palliatifs telle que proposée par le Conseil d'Etat dans son avis du 4 mai 2004.

Cet article énonce le droit aux soins palliatifs pour toute personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.

Le Conseil d'Etat s'interroge sur la portée de ce droit aux soins palliatifs. Enoncer un droit aux soins palliatifs revient à élever ces soins au-dessus des soins normaux offerts aux malades. Le Conseil d'Etat présume donc que les auteurs du projet de loi sous avis considèrent ces soins comme des soins essentiels, indispensables à la garantie de la dignité humaine, quels que soient les revenus et la situation sociale de la personne concernée. Il en résulte que chaque personne se trouvant sur le territoire luxembourgeois et souffrant d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale est une personne protégée au sens de la disposition de cet article, pour autant que son médecin ait diagnostiqué une telle condition.

L'exposé des motifs renseigne effectivement qu'„il y a lieu de faire des soins palliatifs un droit individuel auquel doivent avoir équitablement accès, sans préjudice du strict respect de leur volonté, tous ceux qui peuvent en bénéficier. Il s'agit par conséquent de créer et de mettre à disposition les structures et ressources nécessaires et de les intégrer dans le cadre de la prise en charge par les organes relevant de la sécurité sociale.“

Le projet de loi sous avis ne crée donc pas un nouveau droit, mais adapte le Code des assurances sociales en y prévoyant de nouvelles prestations. Par ailleurs, si le droit aux soins palliatifs était un droit fondamental, comment accepter la subordination de l'accès à ce droit à un avis favorable du contrôle médical, qui détermine les personnes éligibles?

⁴⁰ Voir note 37 ci-avant

C'est en partant d'une obligation de moyens que le Conseil d'Etat recommande par conséquent de s'inspirer du libellé de l'article 37 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et de garantir aux personnes concernées plutôt l'accès à des soins palliatifs qu'un droit à ces soins.

Dans son avis du 4 mai 2004, le Conseil d'Etat avait mis en garde contre une attitude par trop simpliste se limitant à légiférer sans pour autant prévoir les outils nécessaires pour garantir l'application effective du droit aux soins palliatifs.

Or, le présent projet de loi se limite tout comme le projet de loi No 5303 aux seuls aspects de l'organisation de la prise en charge de soins palliatifs par la sécurité sociale. Il ne prend pas en compte l'organisation des structures spécifiques à mettre en place dans le cadre de la planification hospitalière ni les dispositions régissant la définition des besoins en personnel médical et soignant.

Le Conseil d'Etat propose de préciser dans le cadre du présent projet de loi les moyens spécifiques à mettre en œuvre en termes d'équipements et de dotation en personnel des hôpitaux qui sont appelés à jouer un rôle prépondérant dans la prise en charge palliative des malades en fin de vie.

Une formation adéquate des professionnels de santé prenant en charge les personnes en fin de vie est évidemment également une condition indispensable pour assurer une prestation de soins palliatifs selon les règles de l'art. Le Conseil d'Etat considère cependant que la disposition „L'Etat assure la formation adéquate du personnel médical et soignant“ mérite d'être précisée. Si l'Etat luxembourgeois intervient marginalement dans la définition du contenu de la formation de base des médecins, qui est dans sa très grande partie dispensée à l'étranger, tel n'est pas le cas pour certaines autres professions de santé. Aussi le Conseil d'Etat invite-t-il les responsables politiques à prévoir des dispositions introduisant les soins palliatifs dans l'enseignement des professions de santé concernées, en modifiant en conséquence les règlements grand-ducaux qui déterminent les programmes de leurs études. L'organisation de formations complémentaires en soins palliatifs, que ce soit dans une perspective de formation continue ou d'acquisition de nouvelles compétences spécifiques, devrait être offerte par l'Etat aux professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans le domaine des soins palliatifs, sans que ces formations ciblées revêtent un caractère obligatoire pour l'ensemble d'une profession donnée.

Au vu de ces considérations, le Conseil d'Etat propose de donner à l'article 1er le libellé suivant:

„Art. 1er. Accès à des soins palliatifs

(1) Toute personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, a accès à des soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychologique.

Cette prise en charge est offerte soit à l'hôpital ou dans une autre institution, soit à domicile et, dans ce cas, pour en garantir la continuité, en relation étroite avec un hôpital.

(2) Un règlement grand-ducal détermine l'organisation de formations médicales spécifiques en soins palliatifs pour les médecins et les autres professions de santé.“

Article 2

Selon le Conseil d'Etat, le refus de l'obstination déraisonnable doit en principe se baser sur le libre choix du patient et sur son droit de pouvoir exprimer à tout moment son consentement libre et éclairé, vis-à-vis de toute forme de traitement. Le Conseil d'Etat renvoie dans ce contexte à ses observations faites à l'endroit des considérations générales.

Il propose dès lors de donner à cet article l'intitulé „Limitation ou arrêt des traitements“ et de faire précéder la disposition sur l'obstination déraisonnable par un alinéa (paragraphe 1er selon le Conseil d'Etat) qui s'inspire de la loi française du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et qui prend le libellé suivant:

„(1) Le malade en fin de vie peut refuser son consentement à tout traitement. Son choix doit être libre et éclairé. Le médecin doit respecter la volonté du malade après l'avoir informé des conséquences de son choix. Si la volonté du malade de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter des soins indispensables. A cette fin, il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Quel

que soit son choix, le malade doit avoir réitéré sa position. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.“

Le Conseil d'Etat propose de prévoir dans le deuxième paragraphe la dépénalisation de toute abstention thérapeutique de la part d'un médecin respectant le choix d'un patient.

Pour ce qui est de la dépénalisation du refus de l'obstination déraisonnable par un médecin, le Conseil d'Etat recommande, à la lumière des observations faites dans les considérations générales, de compléter l'alinéa en question par une disposition ayant trait à l'avis d'au moins un autre confrère, à la volonté du malade et à la documentation de la procédure décisionnelle. Cette disposition devrait être complétée par l'adjonction de l'alinéa suivant:

„La décision du médecin est prise sur avis motivé d'au moins un autre médecin. Les motifs de la décision, la volonté du malade et les avis recueillis sont inscrits dans le dossier médical du malade.“

Pour ce qui est de l'alinéa 2 (paragraphe 3 selon le Conseil d'Etat), le Conseil d'Etat propose le libellé suivant:

„(3) Les dispositions qui précèdent ne libèrent pas le médecin de son obligation de prodiguer lui-même ou d'initier les soins palliatifs au malade.“

Article 3

Le Conseil d'Etat se rallie à la voie prônée par les auteurs du projet de loi sous avis qui préconisent le recours à une sédation palliative pour traiter efficacement toute forme de souffrance insupportable d'un malade en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, en acceptant le double effet éventuel d'un tel traitement. Il délimite clairement cette démarche basée sur l'intention de venir à bout d'une souffrance (soins palliatifs) par rapport à une attitude destinée à provoquer délibérément la mort (euthanasie). Le Conseil d'Etat insiste dès lors pour que cette différence soit précisée dans la disposition en question et qu'y soit soulignée l'interdiction faite au médecin de provoquer délibérément la mort, telle qu'elle est inscrite dans le Code de déontologie des médecins, tout en respectant la recommandation 1418 (1998) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe concernant la protection des droits de l'Homme et la dignité des malades incurables et des mourants.

Le risque potentiel d'un double effet d'un traitement médicamenteux de la souffrance ne devra cependant en aucun cas empêcher le médecin de traiter efficacement la souffrance. Aussi le Conseil d'Etat recommande-t-il d'inscrire explicitement cette obligation du médecin dans cet article, qui prendrait le libellé suivant:

„Art. 3. *Soulagement des souffrances*

Il est interdit au médecin de provoquer délibérément la mort d'un malade ou de l'aider à se suicider.

Le médecin a l'obligation de soulager efficacement la souffrance physique et psychique du malade.

Si le médecin constate qu'il ne peut efficacement soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'avancer sa fin de vie, il doit, sauf si l'intérêt du malade s'y oppose, l'en informer et recueillir son consentement.“

Article 4

Tel que le Conseil d'Etat l'avait annoncé dans les considérations générales et afin de mettre en garde contre une trop grande médicalisation des derniers instants de la vie, le Conseil d'Etat propose d'élargir le contenu de la directive anticipée à toutes les questions relatives à la fin de la vie.

La volonté du malade étant un élément central du nouveau dispositif, il s'agit, une fois le malade hors d'état de pouvoir l'exprimer, de la reconstituer autant que faire se peut. C'est pourquoi le Conseil d'Etat propose d'ajouter aux personnes qui seront à consulter la personne de confiance, un acteur-clé dans l'accompagnement en fin de vie, les représentants légaux pour couvrir les situations des mineurs et des incapables majeurs, tout comme le médecin de famille et, le cas échéant, le médecin ayant transféré le malade.

Partant l'article 4 se lira comme suit:

„Art. 4. De la volonté présumée du malade

Si le malade se trouvant dans la situation visée au chapitre qui précède n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté relative à sa fin de vie, dont les conditions, la limitation et l'arrêt de traitement, y compris le traitement de la douleur visé à l'article qui précède, le médecin cherche à établir sa volonté présumée.

Dans le cadre de la reconstitution de cette volonté, le médecin fait appel à la personne de confiance, aux membres de la famille du malade, à ses représentants légaux et à son entourage, au médecin lui ayant adressé le malade, au personnel soignant ou à toute personne susceptible de connaître ou d'avoir pu connaître la volonté du malade.“

Article 5

Tout en laissant à chaque personne le libre choix du contenu de sa directive anticipée, le Conseil d'Etat recommande de pouvoir y inclure les questions relatives à l'accompagnement psychologique et spirituel, car ces dimensions de l'accompagnement font partie intégrante de la prise en charge palliative, ainsi que celles liées aux modalités de l'inhumation et aux éventuels dons d'organes. Cette approche est d'ailleurs celle retenue par la proposition de loi sous avis. En ce qui concerne les donneurs d'organes, cette mention a toute son importance dans le cadre des dispositions de fin de vie, vu que l'article 43 du Code de déontologie médicale, mentionné ci-avant, prévoit le maintien des fonctions vitales en vue d'un prélèvement d'organes aux fins d'une transplantation.

En outre, le Conseil d'Etat suggère d'ajouter, à l'instar de la législation française, des dispositions quant au malade lucide mais physiquement incapable d'écrire et de signer.

En plus, le Conseil d'Etat propose d'ajouter la possibilité donnée au médecin traitant de certifier, à la demande, la volonté libre et éclairée de l'auteur de la directive anticipée.

Comme le texte du projet de loi sur la personne de confiance est assez sommaire et au vu de la position délicate de cette dernière, le Conseil d'Etat insiste qu'elle contresigne la directive. Ainsi, elle sera pleinement informée de son contenu, ce qui lui permettra de gérer au mieux, si nécessaire, des moments douloureux.

Quant aux majeurs incapables ou sous tutelle et quant aux mineurs, les principes de la Convention d'Oviedo sur les Droits de l'Homme et la biomédecine et ceux de la Convention relative aux droits de l'enfant sont applicables. Il est renvoyé à ce propos aux développements correspondants sous les considérations générales ci-avant.

Selon le Conseil d'Etat, l'article se lira comme suit:

„Art. 5. Contenu et forme de la directive anticipée

(1) Toute personne peut exprimer dans un document dit „directive anticipée“ ses souhaits relatifs à sa fin de vie, dont les conditions, la limitation et l'arrêt du traitement, y compris le traitement de la douleur visé à l'article 3, ainsi que l'accompagnement psychologique et spirituel, pour le cas où elle se trouverait en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, et ne serait plus en mesure de manifester sa volonté.

La directive anticipée peut par ailleurs porter sur le mode et la cérémonie des funérailles ainsi que le don d'organes.

(2) Lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

(3) Le médecin peut, à la demande du malade, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier médical de ce dernier, une attestation constatant que le malade est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

(4) La directive anticipée peut contenir la désignation d'une personne de confiance qui sera consultée au cas où l'auteur de la directive serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

En cas de désignation d'une personne de confiance, celle-ci doit y marquer son accord en contresignant la directive anticipée.

(5) La directive anticipée peut être amendée ou annulée à tout moment par son auteur. La directive anticipée, ainsi que les amendements qui peuvent y être apportés, doivent être consignés par écrit, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 2.“

Article 6

Il semble utile au Conseil d'Etat de prévoir pour le médecin l'obligation de s'enquérir de l'existence éventuelle d'une directive anticipée.

Aussi, afin de souligner l'importance de la concertation entre médecin et entourage, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il ne suffit pas de mentionner dans le dossier du malade un éventuel non-respect de sa volonté, quel qu'en soit le motif, mais que le médecin a l'obligation d'en informer la personne de confiance ou, à défaut, la famille.

Par contre, en cas de désaccord, il appartiendra à l'entourage d'indiquer un autre médecin, disposé à exécuter le contenu de la directive. La version proposée par les auteurs du projet de loi mettrait en effet le médecin dans une situation impossible: celle de trouver endéans les 24 heures un confrère prêt à prendre la relève et assumer les risques liés au transfert d'une personne en fin de vie.

Il s'ensuit le texte suivant:

„Art. 6. Effet de la directive anticipée

(1) Le médecin traitant doit prendre en compte la directive anticipée versée au dossier médical ou dont il a obtenu connaissance.

(2) Si le malade se trouvant dans la situation visée au chapitre qui précède n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté concernant les conditions, la limitation et l'arrêt de traitement, y compris le traitement de la douleur, et à moins qu'une directive anticipée ne figure déjà dans le dossier médical en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle d'une telle directive auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, des membres de la famille du malade, de ses représentants légaux et de son entourage, du médecin lui ayant adressé le malade, du personnel soignant ou de toute autre personne susceptible d'en connaître l'existence.

(3) Le médecin évalue si les prévisions de la directive correspondent à la situation envisagée par le malade et tient compte de l'évolution des connaissances médicales depuis sa rédaction.

(4) Si le médecin se départ du contenu de la directive anticipée, il en indique les raisons au dossier médical du malade et en informe la personne de confiance ou, à défaut, la famille.

(5) Lorsque dans les circonstances du paragraphe 4 la personne de confiance ou, à défaut, la famille n'est pas d'accord avec le médecin, la personne de confiance ou la famille désigne un autre médecin disposé à exécuter la directive anticipée et auquel le médecin traitant doit transférer le malade.“

Article 7

Afin de résoudre la question relative aux personnes ayant accès à la directive anticipée, le Conseil d'Etat est d'avis que c'est à son auteur de les désigner.

Etant donné que la directive anticipée doit se trouver dans le dossier médical, il convient de préciser que le malade, lors de son hospitalisation, la remet à son médecin, soit directement, soit par l'intermédiaire du personnel soignant. Le Conseil d'Etat prévoit la même procédure pour les autres dépositaires éventuels.

L'article 7 aura la version suivante:

„Art. 7. Accès à la directive anticipée

(1) L'accès à la directive anticipée est ouvert à tout médecin en charge d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.

(2) La directive anticipée peut préciser les catégories de personnes pouvant y avoir accès sur demande et celles qui en sont exclues.

(3) L'auteur de la directive anticipée peut la remettre lui-même à tout moment au médecin traitant, soit directement, soit par l'intermédiaire du personnel soignant.

(4) Si la directive anticipée a été remise par le malade à un autre dépositaire et que celui-ci prend connaissance de l'état avancé ou terminal d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, dans le chef de la personne concernée, il la remet au médecin traitant soit directement, soit par l'intermédiaire du personnel soignant.

(5) A l'occasion d'une hospitalisation, cette directive anticipée fait partie intégrante du dossier médical du malade."

Article 8

Le Conseil d'Etat propose de donner priorité à une approche personnalisée en la matière. En effet, la rédaction de directives anticipées n'est pas encore entrée dans les mœurs des citoyens luxembourgeois. Comme, par ce projet de loi, les auteurs entendent aussi promouvoir cette pratique, fort utile à la fois pour les soignants ainsi que pour les concernés et leur entourage il ne serait pas souhaitable d'envisager à ce stade l'installation d'une bureaucratie centralisée ressentie comme étrangère et éloignée par les auteurs des directives. S'il devait s'avérer à l'avenir que le dépôt auprès du médecin traitant ou auprès d'un proche ne donnerait pas satisfaction, d'autres modes de dépôt seraient à envisager. En l'état actuel des choses, le Conseil d'Etat propose d'abandonner l'article 8 du projet de loi sous revue.

Articles 9 à 14 (8 selon le Conseil d'Etat)

Ces articles forment le „Chapitre III – Du congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie“. Le Conseil d'Etat propose de les intégrer au Code du travail introduit par la loi du 31 juillet 2006, dans la forme d'une Section 10 (nouvelle) intitulée „Congé d'accompagnement“, sous le Chapitre IV – Congés spéciaux, du Titre III – Repos, Congés et Jours Fériés Légaux, du Livre II – Réglementation et Conditions de Travail.

Article 9 (L. 234-65 du Code du travail, selon le Conseil d'Etat)

Ledit article est à reformuler quant à sa proposition finale pour prendre la teneur suivante:

„**Art. L. 234-65.** Il est institué un congé spécial pour l'accompagnement d'une personne en fin de vie, désigné ci-après par « congé d'accompagnement“, qui peut être demandé par tout travailleur salarié dont un parent au premier degré en ligne directe ascendante ou descendante ou au second degré en ligne collatérale, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats souffre d'une maladie grave en phase terminale, auquel il prête des aides et soins dans le cadre du maintien à domicile visé à l'article 350, paragraphe 5 du Code des assurances sociales.“

Article 10 (L. 234-66 du Code du travail, selon le Conseil d'Etat)

Sans trahir les intentions des auteurs du projet de loi sous revue il est proposé d'apporter la modification rédactionnelle ci-après à l'alinéa 2 de l'article sous examen:

„De l'accord de l'employeur du travailleur bénéficiaire, le congé d'accompagnement peut être fractionné.“

Articles 11 et 12 (L. 234-67 et L. 234-68 du Code du travail, selon le Conseil d'Etat)

Sans observation.

Article 13 (L. 234-69 du Code du travail, selon le Conseil d'Etat)

Aux paragraphes 2 et 4, les références à la loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat de travail sont à remplacer par les renvois correspondants repris au Code du travail.

Article 14 (L. 234-70 du Code du travail, selon le Conseil d'Etat)

Ledit article prévoit en son alinéa 2 qu'„un règlement grand-ducal peut préciser les conditions d'exercice des voies de recours relatives aux contestations en question“, étant entendu que sont visées en l'occurrence les contestations opposant en la matière un employeur et un salarié et relevant en

l'espèce des „tribunaux du travail“. Cet alinéa est incompatible avec l'article 94 de la Constitution et doit comme tel être éliminé du projet de loi visé, sous peine de refus par le Conseil d'Etat de la dispense du second vote constitutionnel.

A l'alinéa 1, devenant ainsi l'alinéa unique, il y a lieu de substituer aux termes „tribunaux du travail“ ceux de „juridictions de travail“. Il se recommande en outre d'écrire „toute contestation relative au congé d'accompagnement survenue dans le cadre de l'exécution d'un contrat de travail ou d'apprentissage“ plutôt que „toute contestation relative au congé d'accompagnement relevant d'un contrat de travail ou d'apprentissage“.

Article 15 (9 selon le Conseil d'Etat)

Cet article rassemble les dispositions modifiant le Code des assurances sociales. Quasi textuellement reprises de l'avis émis par le Conseil d'Etat dans le cadre de la discussion du projet de loi No 5303, ces dernières ne commandent pas d'observation supplémentaire⁴¹, si ce n'est que sous le point 1 concernant l'article 9 du CAS il y a lieu de remplacer la référence à l'article 10 de la loi en projet par le renvoi „à l'article L. 234-66 du Code du travail“.

Article 16

Cet article se propose de compléter la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire.

En fait, il n'est pas vraiment indispensable. Son paragraphe 1er ne fait en effet que paraphraser l'article 30 du Code de déontologie médicale⁴², alors que son paragraphe 2 se recouvre très largement avec l'objet repris des articles 3, 41 et 42 du même Code. Aussi le Conseil d'Etat recommande-t-il d'en faire abstraction dans le contexte du projet de loi sous examen.

En ordre subsidiaire et dans le but de rester cohérent avec la terminologie employée à l'article 2, il suggère de remplacer au paragraphe 2, alinéa 1 de l'article sous examen les termes „tout acharnement thérapeutique sans espoir“ par ceux de „toute obstination déraisonnable“.

Articles 17 et 18 (10 et 11 selon le Conseil d'Etat)

Ces articles sont censés constituer le pendant des dispositions du Chapitre III pour les fonctionnaires de l'Etat et les fonctionnaires communaux. A cet effet, ils introduisent les modifications correspondantes dans les lois de base respectives des 16 avril 1979 et 24 décembre 1985.

Article 12 nouveau (selon le Conseil d'Etat)

En renvoyant à son observation afférente dans les considérations générales et à ses développements au regard de l'article 1er de la loi en élaboration, le Conseil d'Etat suggère de modifier la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, d'une part, pour remplacer dans l'article 43 le terme „acharnement thérapeutique“ par celui de „obstination déraisonnable“ et, d'autre part, pour créer la base légale nécessaire au règlement grand-ducal à prendre dans les matières visées.

Article 19 (13 selon le Conseil d'Etat)

Cet article détermine une forme de citation abrégée de la loi en élaboration.

Article 20 (14 selon le Conseil d'Etat)

Compte tenu de ses propositions de réagencement structurel ci-avant, le Conseil d'Etat se voit amené à suggérer d'écrire „à l'exception des articles 8 à 11“ au lieu de „à l'exception du chapitre III ainsi que des articles 15, 17 et 18“ dans le cadre de la disposition analysée.

*

⁴¹ Voir *doc. parl. No 5303³, sess. ord. 2003-2004*, Avis du Conseil d'Etat du 4 mai 2004.

⁴² Cf. Note 7 ci-avant et développements sous le point 2° des Observations liminaires.

TEXTE PROPOSE PAR LE CONSEIL D'ETAT

Au regard des conclusions de l'examen des articles ci-dessus, l'intitulé du projet de loi sous revue est à reformuler comme suit:

- „PROJET DE LOI**
relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et
à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:
- 1. le Code des assurances sociales;**
 - 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;**
 - 3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;**
 - 4. la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers;**
 - 5. le Code du travail“**

Chapitre Ier – Droits du malade en fin de vie

Art. 1er. Accès à des soins palliatifs

(1) Toute personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, a accès à des soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychologique.

Cette prise en charge est offerte soit à l'hôpital ou dans une autre institution, soit à domicile et, dans ce cas, pour en garantir la continuité, en relation étroite avec un hôpital.

(2) Un règlement grand-ducal détermine l'organisation de formations médicales spécifiques en soins palliatifs pour les médecins et les autres professions de santé.

Art. 2. Limitation ou arrêt des traitements

(1) Le malade en fin de vie peut refuser son consentement à tout traitement. Son choix doit être libre et éclairé. Le médecin doit respecter la volonté du malade après l'avoir informé des conséquences de son choix. Si la volonté du malade de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter des soins indispensables. A cette fin, il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Quel que soit son choix, le malade doit avoir réitéré sa position. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

(2) Ne peut faire l'objet ni de poursuites pénales ni d'une action civile en dommages-intérêts, le fait d'un médecin

- d'arrêter ou de limiter le traitement dans les conditions prévues au paragraphe 1er,
- de refuser ou de s'abstenir de mettre en œuvre, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, des examens et traitements inappropriés par rapport à l'état du malade et qui, selon les connaissances médicales du moment, n'apportent au malade ni soulagement ni amélioration de son état ni espoir de guérison.

La décision du médecin est prise sur avis motivé d'au moins un autre médecin. Les motifs de la décision, la volonté du malade et les avis recueillis sont inscrits dans le dossier médical du malade.

(3) Les dispositions qui précèdent ne libèrent pas le médecin de son obligation de prodiguer lui-même ou d'initier les soins palliatifs au malade.

Art. 3. Soulagement des souffrances

Il est interdit au médecin de provoquer délibérément la mort d'un malade ou de l'aider à se suicider.

Le médecin a l'obligation de soulager efficacement la souffrance physique et psychique du malade.

Si le médecin constate qu'il ne peut efficacement soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'avancer sa fin de vie, il doit, sauf si l'intérêt du malade s'y oppose, l'en informer et recueillir son consentement.

Chapitre II – De la volonté présumée du malade et de la directive anticipée

Art. 4. De la volonté présumée du malade

Si le malade se trouvant dans la situation visée au chapitre qui précède n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté relative à sa fin de vie, dont les conditions, la limitation et l'arrêt de traitement, y compris le traitement de la douleur visé à l'article qui précède, le médecin cherche à établir sa volonté présumée.

Dans le cadre de la reconstitution de cette volonté, le médecin fait appel à la personne de confiance, aux membres de la famille du malade, à ses représentants légaux et à son entourage, au médecin lui ayant adressé le malade, au personnel soignant ou à toute personne susceptible de connaître ou d'avoir pu connaître la volonté du malade.

Art. 5. Contenu et forme de la directive anticipée

(1) Toute personne peut exprimer dans un document dit „directive anticipée“ ses souhaits relatifs à sa fin de vie, dont les conditions, la limitation et l'arrêt du traitement, y compris le traitement de la douleur visé à l'article 3, ainsi que l'accompagnement psychologique et spirituel, pour le cas où elle se trouverait en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, et ne serait plus en mesure de manifester sa volonté.

La directive anticipée peut par ailleurs porter sur le mode et la cérémonie des funérailles ainsi que le don d'organes.

(2) Lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

(3) Le médecin peut, à la demande du malade, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier médical de ce dernier, une attestation constatant que le malade est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

(4) La directive anticipée peut contenir la désignation d'une personne de confiance qui sera consultée au cas où l'auteur de la directive serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

En cas de désignation d'une personne de confiance, celle-ci doit y marquer son accord en contre-signant la directive anticipée.

(5) La directive anticipée peut être amendée ou annulée à tout moment par son auteur. La directive anticipée, ainsi que les amendements qui peuvent y être apportés, doivent être consignés par écrit, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 2.

Art. 6. Effet de la directive anticipée

(1) Le médecin traitant doit prendre en compte la directive anticipée versée au dossier médical ou dont il a obtenu connaissance.

(2) Si le malade se trouvant dans la situation visée au chapitre qui précède n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté concernant les conditions, la limitation et l'arrêt de traitement, y compris le traitement de la douleur, et à moins qu'une directive anticipée ne figure déjà dans le dossier médical en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle d'une telle directive auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, des membres de la famille du malade, de ses représentants

légaux et de son entourage, du médecin lui ayant adressé le malade, du personnel soignant ou de toute autre personne susceptible d'en connaître l'existence.

(3) Le médecin évalue si les prévisions de la directive correspondent à la situation envisagée par le malade et tient compte de l'évolution des connaissances médicales depuis sa rédaction.

(4) Si le médecin se départ du contenu de la directive anticipée, il en indique les raisons au dossier médical du malade et en informe la personne de confiance ou, à défaut, la famille.

(5) Lorsque dans les circonstances du paragraphe 4 la personne de confiance ou, à défaut, la famille n'est pas d'accord avec le médecin, la personne de confiance ou la famille désigne un autre médecin disposé à exécuter la directive anticipée et auquel le médecin traitant doit transférer le malade.

Art. 7. Accès à la directive anticipée

(1) L'accès à la directive anticipée est ouvert à tout médecin en charge d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.

(2) La directive anticipée peut préciser les catégories de personnes pouvant y avoir accès sur demande et celles qui en sont exclues.

(3) L'auteur de la directive anticipée peut la remettre lui-même à tout moment au médecin traitant, soit directement, soit par l'intermédiaire du personnel soignant.

(4) Si la directive anticipée a été remise par le malade à un autre dépositaire et que celui-ci prend connaissance de l'état avancé ou terminal d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, dans le chef de la personne concernée, il la remet au médecin traitant soit directement, soit par l'intermédiaire du personnel soignant.

(5) A l'occasion d'une hospitalisation, cette directive anticipée fait partie intégrante du dossier médical du malade.

Chapitre III – Du congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie

Art. 8. Le Code du travail est complété au livre II, titre III, chapitre IV sous l'intitulé „Section 10.– Congé d'accompagnement“ par le dispositif suivant:

„**Art. L. 234-65.** Il est institué un congé spécial pour l'accompagnement d'une personne en fin de vie, désigné ci-après par „congé d'accompagnement“, qui peut être demandé par tout travailleur salarié dont un parent au premier degré en ligne directe ascendante ou descendante ou au second degré en ligne collatérale, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats souffre d'une maladie grave en phase terminale, auquel il prête des aides et soins dans le cadre du maintien à domicile visé à l'article 350, paragraphe 5 du Code des assurances sociales.

Art. L. 234-66. La durée du congé d'accompagnement ne peut pas dépasser cinq jours ouvrables par cas et par an.

De l'accord de l'employeur du travailleur bénéficiaire, le congé d'accompagnement peut être fractionné.

Le congé d'accompagnement prend fin à la date du décès du parent.

Art. L. 234-67. Le congé d'accompagnement ne peut être attribué qu'à un seul parent du malade sur une même période.

Toutefois, si pendant cette période deux ou plusieurs membres de la famille se partagent l'accompagnement du malade, ils peuvent bénéficier chacun d'un congé d'accompagnement à temps partiel, sans que la durée totale des congés alloués ne puisse dépasser quarante heures.

Art. L. 234-68. L'absence du bénéficiaire du congé d'accompagnement est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie grave en phase terminale du parent, la nécessité de la présence continue du bénéficiaire du congé et la durée prévisible du congé.

Le bénéficiaire est obligé d'avertir personnellement ou par personne interposée, soit oralement soit par écrit, l'employeur ou le représentant de celui-ci au plus tard le premier jour de son absence.

A la demande de son employeur ou de la caisse de maladie, le salarié doit prouver que les différentes conditions pour l'obtention du congé d'accompagnement sont remplies.

Art. L. 234-69. (1) La période du congé d'accompagnement est assimilée à une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Pendant cette durée, les dispositions légales en matière de sécurité sociale et de protection au travail restent applicables aux bénéficiaires.

(2) L'employeur averti conformément à l'article L. 234-68 n'est pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L. 124-2.

Les dispositions de l'alinéa qui précède cessent d'être applicables à l'égard de l'employeur si le certificat médical n'est pas présenté.

Les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié. Restent également applicables les dispositions de l'article L. 125-1 et de l'article L. 121-5 du Code du travail.

La résiliation du contrat effectuée en violation des dispositions du présent paragraphe est abusive.

(3) Les dispositions du paragraphe 2 ne sont pas applicables si l'avertissement, sinon la présentation du certificat médical visé à l'article L. 234-69, sont effectués après réception de la lettre de résiliation du contrat ou, le cas échéant, après réception de la lettre de convocation à l'entretien préalable.

(4) L'article L. 121-6, paragraphe 3, alinéa 2 du Code du travail n'est pas applicable au congé d'accompagnement pour autant qu'il prévoit au profit de l'employé privé le maintien intégral de son traitement pour la fraction du mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents.

Art. L. 234-70. Toute contestation relative au congé d'accompagnement survenue dans le cadre de l'exécution d'un contrat de travail ou d'apprentissage entre un employeur, d'une part, et un salarié, d'autre part, est de la compétence des juridictions de travail.

Chapitre IV – Dispositions modificatives et finales

Art. 9. Le Code des assurances sociales est modifié comme suit:

1. L'article 9 est complété par un alinéa 3 libellé comme suit:

„L'indemnité pécuniaire de maladie est encore due pendant les périodes déterminées par référence à l'article L. 234-66 du Code du travail.“
2. L'article 17, alinéa 1, est complété par un point 10 libellé comme suit:

„10. les soins palliatifs tels que définis à l'article 1er de la loi du ... relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.“
3. L'article 17 est complété par l'alinéa suivant:

„Les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs peuvent être précisées par règlement grand-ducal.“
4. L'article 61, alinéa 2, est complété par un point 12 libellé comme suit:

„12) concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins visés respectivement aux articles 389 à 391, ainsi que les centres d'accueil pour les personnes en fin de vie, dûment agréés par le ministre ayant la Famille dans ses attributions.“
5. L'article 65, paragraphes 1er et 2, est modifié comme suit:

„(1) Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12, et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

(2) Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 4 et 12, chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent paragraphe.“

6. L'article 66, alinéa 2, est modifié comme suit:

„Les valeurs de lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 3 et 12, correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.“

7. L'article 341, alinéa 2, est complété par un point 13 libellé comme suit:

„13) la constatation du droit aux soins palliatifs.“

8. L'article 349 est complété par l'alinéa suivant:

„Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs au sens de l'article 1er de la loi du relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.“

9. L'article 350 est complété par un paragraphe 6 libellé comme suit:

„(6) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit aux actes essentiels de la vie, à la prise en charge des tâches domestiques prévue à l'article 350, paragraphe 2, lettre a), et à la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins prévue à l'article 356, paragraphe 1er. Ces prestations sont dispensées dans les limites prévues à l'article 353, alinéa 1, sur base du relevé-type d'après les besoins effectifs constatés par le prestataire d'aides et de soins. Les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues ci-avant peuvent être précisées par règlement grand-ducal.“

10. L'article 351 est complété par un alinéa libellé comme suit:

„Les décisions relatives à l'attribution du droit aux soins palliatifs sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.“

11. L'article 354 est complété par l'alinéa suivant:

„La personne dépendante bénéficiaire d'une prestation en espèces a droit au maintien de cette prestation au moment de l'ouverture du droit aux soins palliatifs.“

Art. 10. La loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat est complétée comme suit:

1. A l'article 28, paragraphe 1er, alinéa 2, est ajoutée une lettre q) libellée comme suit:

„q) le congé d'accompagnement.“

2. A la suite de l'article 29ter, il est ajouté un article 29quater ayant la teneur suivante:

„Art. 29quater. Congé d'accompagnement

1. Le fonctionnaire dont un parent au premier degré en ligne directe ascendante ou descendante ou au second degré en ligne collatérale, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats souffre d'une maladie grave en phase terminale et auquel il prête des aides et soins au sens de l'article 350, alinéa final du Code des assurances sociales a droit, à sa demande, à un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie, ci-après appelé congé d'accompagnement.

2. La durée du congé d'accompagnement ne peut pas dépasser cinq jours ouvrables par cas et par an.

De l'accord du chef d'administration du fonctionnaire bénéficiaire, le congé d'accompagnement peut être fractionné.

Le congé d'accompagnement prend fin à la date du décès du parent.

3. Le congé d'accompagnement ne peut être attribué qu'à un seul parent du malade sur une même période.

Toutefois, si pendant cette période deux ou plusieurs membres de la famille se partagent l'accompagnement du malade, ils peuvent bénéficier chacun d'un congé d'accompagnement à temps partiel, sans que la durée totale des congés alloués ne puisse dépasser quarante heures.

4. L'absence du bénéficiaire du congé d'accompagnement est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie grave en phase terminale du parent, la nécessité de la présence continue du bénéficiaire du congé et la durée prévisible du congé.

Le bénéficiaire est obligé d'avertir personnellement ou par personne interposée, soit oralement soit par écrit, le chef d'administration ou son délégué au plus tard le premier jour de son absence.

A la demande de son administration, le fonctionnaire doit prouver que les différentes conditions pour l'obtention du congé d'accompagnement sont remplies."

Art. 11. La loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux est complétée comme suit:

1. A l'article 29, paragraphe 1er, deuxième alinéa, est ajoutée une lettre m) libellée comme suit:

„m) le congé d'accompagnement.“

2. A la suite de l'article 30^{ter}, il est ajouté un article 30^{quater} ayant la teneur suivante:

„Art. 30^{quater}. Congé d'accompagnement

1. Le fonctionnaire dont un parent au premier degré en ligne directe ascendante ou descendante ou au second degré en ligne collatérale, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats souffre d'une maladie grave en phase terminale et auquel il prête des aides et soins au sens de l'article 350, alinéa final du Code des assurances sociales a droit, à sa demande, à un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie, ci-après appelé congé d'accompagnement.

2. La durée du congé d'accompagnement ne peut pas dépasser cinq jours ouvrables par cas.

De l'accord du collège des bourgmestre et échevins compétent, le congé d'accompagnement peut être fractionné.

Le congé d'accompagnement prend fin à la date du décès du parent.

3. Le congé d'accompagnement ne peut être attribué qu'à un seul parent du malade sur une même période.

Toutefois, si pendant cette période deux ou plusieurs membres de la famille se partagent l'accompagnement du malade, ils peuvent bénéficier chacun d'un congé d'accompagnement à temps partiel, sans que la durée totale des congés alloués ne puisse dépasser quarante heures.

L'absence du bénéficiaire du congé d'accompagnement est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie grave en phase terminale du parent, la nécessité de la présence continue du bénéficiaire du congé et la durée prévisible du congé.

Le bénéficiaire est obligé d'avertir personnellement ou par personne interposée, soit oralement soit par écrit, le collège des bourgmestre et échevins ou son délégué au plus tard le premier jour de son absence.

A la demande de son administration, le fonctionnaire doit prouver que les différentes conditions pour l'obtention du congé d'accompagnement sont remplies."

Art. 12. La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est modifiée comme suit:

1. A l'article 43, alinéa 1, les termes „tout acharnement thérapeutique sans espoir“ sont remplacés par „toute obstination déraisonnable“.

2. L'article 43 est complété par un paragraphe 2 libellé comme suit:

„Un règlement grand-ducal détermine:

- les services hospitaliers qui dispensent des soins palliatifs;
- le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs;

- la dotation minimale nécessaire en personnel médical et soignant spécifiquement formé pour prodiguer des soins palliatifs conformément aux bonnes pratiques en la matière.“

3. Les quatre premiers alinéas existants sont regroupés sous un paragraphe 1er nouveau.

Art. 13. La référence à la présente loi pourra se faire sous une forme abrégée en utilisant les termes de „loi du ... relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l’accompagnement en fin de vie“.

Art. 14. La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui de sa publication au Mémorial, à l’exception des articles 8 à 11 qui ne sortent leurs effets qu’à partir du premier jour du septième mois suivant celui de sa publication.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 13 juillet 2007.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Pierre MORES

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/03

N° 4909³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

* * *

**DEPECHE DU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES
A LA PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA SANTE
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

(23.10.2007)

Concerne: Proposition de loi 4909 sur le droit de mourir en dignité

Madame la Présidente,

Conformément à l'article 63.- (1) du Règlement interne, la Chambre des Députés, en sa séance publique de ce jour, s'est prononcée définitivement en faveur de la prise en considération de la proposition de loi citée en référence.

En application de l'article 63.- (2) la proposition de loi est renvoyée à votre commission pour en faire rapport à la Chambre.

Veillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments très distingués.

Le Président de la Chambre des Députés,
Lucien WEILER

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/04, 5584/09

N^{os} 4909⁴5584⁹

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

PROJET DE LOIrelatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à
l'accompagnement en fin de vie et modifiant:

1. le Code des assurances sociales;
2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
4. le Code du travail

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Dépêche du Président de la Chambre des Députés au Président du Conseil d'Etat (28.11.2007).....	1
2) Texte coordonné et amendé du projet de loi 5584.....	7
3) Amendements des auteurs à la proposition de loi 4909.....	13

*

**DEPECHE DU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES
AU PRESIDENT DU CONSEIL D'ETAT**

(28.11.2007)

Monsieur le Président,

Me référant à l'article 19 (2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, j'ai l'honneur de vous faire parvenir ci-joint un nouveau texte coordonné du projet de loi mentionné sous rubrique, tel que la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale l'a adopté au cours de ses réunions du 13 septembre, des 4, 11 et 25 octobre ainsi que des 8 et 22 novembre 2007. Ce texte comporte une série d'amendements parlementaires dont le détail et la motivation se présentent comme suit:

Intitulé

La commission ne reprend pas la disposition modificative de la loi hospitalière du 28 août 1998 suggérée par le Conseil d'Etat, de sorte que la référence afférente est supprimée à l'intitulé.

Amendement 1 – Article 1er, alinéa 1er

Le texte gouvernemental énonce à l'alinéa 1er le droit aux soins palliatifs pour toute personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.

La commission reprend l'alinéa 1er dans la teneur proposée par le Conseil d'Etat.

Toutefois, la commission souligne la nécessité d'une terminologie cohérente dans l'ensemble du futur dispositif légal. En effet, dans le texte gouvernemental la personne bénéficiaire des soins palliatifs au sens du présent alinéa est successivement désignée par les termes „le malade“, „le patient“ et même „le parent“. Pour assurer la cohérence souhaitée, la commission propose d'amender l'alinéa 1er de l'article 1er comme suit: „*Toute personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable ...*“ désignée ci-après par l'expression „la personne en fin de vie“. Cet amendement implique que la commission a systématiquement effectué les substitutions correspondantes dans la suite du texte légal.

Amendement 2 (Article 1er, alinéa 2)

L'article 1er reprend en son alinéa 2 la définition des soins palliatifs telle que le Conseil d'Etat l'avait formulée dans son avis du 4 mai 2004 portant sur le projet de loi 5303.

Dans cette définition des soins palliatifs, la commission propose un amendement ponctuel ayant pour objet de remplacer à la dernière phrase in fine le terme impropre „psychologique“ par celui de „psychique“.

Cette phrase sera donc libellée comme suit:

„Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique.“

Amendement 3 (Article 1er, alinéa 3)

Le troisième alinéa de l'article 1er du texte gouvernemental prévoit que la prise en charge en soins palliatifs est offerte soit à l'hôpital ou dans une autre institution, soit à domicile et, dans ce cas, pour en garantir la continuité, en relation étroite avec un hôpital.

La commission considère que le libellé du texte suivant lequel les soins palliatifs à domicile se feront en relation étroite avec un hôpital pourrait être interprété dans le sens d'une certaine suprématie du secteur hospitalier par rapport aux soins palliatifs à domicile ou en institution. Elle souligne la nécessité d'une large complémentarité de tous les acteurs concernés, ceci sans aucune prédominance hiérarchique de l'un par rapport à l'autre. La collaboration du secteur hospitalier avec le secteur des soins à domicile ou en institution devra être réglée conventionnellement, sans être obligatoire.

La commission relève également la nécessité d'une précision de la notion d'institution dans le présent contexte.

La commission ajoute que le souci du législateur doit être de coordonner au mieux tous les moyens disponibles en fonction des besoins, ceci dans une approche complémentaire mettant l'accent sur la coopération de tous les acteurs impliqués dans les soins palliatifs. Cette coopération est d'autant plus importante que le secteur hospitalier a néanmoins la spécificité de disposer lui seul d'une infrastructure lourde et d'appareils spécialisés qui de toute évidence ne sont pas disponibles en institution ou à domicile. Il s'agira donc d'assurer au secteur des soins à domicile et aux institutions la collaboration d'un hôpital, tout en retirant du texte tout soupçon d'hierarchie entre les acteurs.

Pour tenir compte de l'ensemble de ces réflexions, la commission propose de remplacer le troisième alinéa du texte gouvernemental par le texte amendé suivant:

„Les soins palliatifs sont assurés à l'hôpital, dans un établissement conventionné suivant les lois sur l'assurance maladie et l'assurance dépendance ou à domicile. Pour les personnes soignées à domicile ou en institution d'aides et de soins, la collaboration étroite d'un hôpital est assurée. Un règlement grand-ducal détermine les modalités relatives à la coordination et la délivrance des fournitures et des actes et services par les différentes catégories de prestataires intervenant auprès de la personne soignée.“

Amendement 4 (Article 1er, alinéa 4)

L'alinéa final du texte gouvernemental prévoit que l'Etat assure la formation adéquate du personnel médical et soignant.

Dans le sens de la proposition de texte du Conseil d'Etat, la commission propose de compléter cet alinéa par la phrase suivante: „*Un règlement grand-ducal peut en déterminer les modalités*“.

Amendement 5 (Article 4)

Cet article charge le médecin d'établir la volonté présumée du malade en fin de vie et incapable de s'exprimer.

La commission se propose de conférer à l'alinéa 2 de l'article 4 la teneur amendée suivante:

„Dans le cadre de l'établissement de cette volonté, le médecin fait appel à la personne de confiance désignée conformément à l'article 5. Il peut faire appel à toute autre personne susceptible de connaître la volonté du malade.“

La commission se rallie donc à la proposition du Conseil d'Etat d'ajouter à la liste des personnes à consulter la personne de confiance désignée conformément à l'article 5, alinéa 3.

La commission considère que pour cette personne de confiance seule la formulation impérative proposée par le Conseil d'Etat s'impose, alors que l'article 5, alinéa 3 précité prévoit précisément que si la directive anticipée contient la désignation d'une personne de confiance, cette dernière doit être entendue. Pour les autres personnes par contre, la commission est d'avis que la consultation doit rester facultative („le médecin peut faire appel“). Par ailleurs, dans l'impossibilité de dresser une liste exhaustive des personnes à consulter et compte tenu de la nécessité de prévoir un texte simple et aussi près que possible de la réalité des situations aiguës caractérisant la fin de vie d'une personne, la commission propose au lieu d'une énumération, une formulation générale ainsi libellée „toute personne susceptible de connaître la volonté du malade“.

Cette formulation englobe de toute évidence les membres de la famille et son entourage ainsi que le personnel soignant. Il va de soi aussi que la personne de confiance peut s'identifier à un membre de la famille ou de l'entourage personnel du patient.

La commission estime encore qu'il y a lieu de remplacer le terme „reconstitution“ de la volonté du malade par celui, moins exigeant, „d'établissement“ de cette volonté. Dans les situations concrètes difficiles entourant la fin de vie, il sera souvent impossible au médecin de reconstituer la volonté du patient dans toutes ses composantes. Il suffira donc que le médecin l'établisse avec les éléments disponibles se trouvant à sa portée.

Amendement 6 (Article 5, paragraphe 1er)

La commission reprend le premier alinéa du paragraphe (1) proposé par le Conseil d'Etat qui se différencie du texte gouvernemental par la mention de l'accompagnement psychologique et spirituel au sujet duquel l'auteur de la directive anticipée peut exprimer ses souhaits dans ce document.

Par contre, la commission n'adopte pas la proposition du Conseil d'Etat, figurant dans le deuxième alinéa de ce même paragraphe, suivant lequel la directive anticipée „peut“ par ailleurs porter sur le mode et la cérémonie des funérailles ainsi que le don d'organes.

En ce qui concerne les modalités des funérailles, la commission donne à considérer que les dispositions y relatives ont un caractère quasi testamentaire et qu'elles relèvent donc en fait d'un domaine étranger aux soins palliatifs. Mentionner à cet endroit expressément la possibilité d'inclure des souhaits y relatifs dans la directive anticipée reviendrait en fait à mêler deux genres relevant de règles juridiques tout à fait différentes.

Dans ces conditions, la commission juge préférable de s'en tenir à l'essentiel pour ce qui est du contenu de la directive anticipée. D'ailleurs, ne pas mentionner expressément certains éléments potentiels du contenu de la directive anticipée dans le texte légal ne signifie pas pour autant qu'il est interdit à l'auteur de s'exprimer sur ces aspects dans sa déclaration.

Quant au don d'organes, la commission estime non plus opportun d'y faire référence dans le présent cadre, alors que notre pays dispose d'une législation particulière y relative qui, en retenant une présomption simple en faveur du don d'organes – „Qui ne dit mot consent“ – est suffisamment claire. (Loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine)

Amendement 7 (Article 6, alinéa 2)

Cet article traite de l'effet de la directive anticipée.

Le Conseil d'Etat estime qu'il est utile de prévoir pour le médecin l'obligation de s'enquérir de l'existence éventuelle d'une directive anticipée.

Aussi, afin de souligner l'importance de la concertation entre médecin et entourage, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il ne suffit pas de mentionner dans le dossier du malade un éventuel non-respect de sa

volonté, quel qu'en soit le motif, mais que le médecin a l'obligation d'en informer la personne de confiance ou, à défaut, la famille.

Compte tenu de ces réflexions, le Conseil d'Etat propose de compléter le texte par un alinéa 2 ainsi libellé:

„Si le malade se trouvant dans la situation visée au chapitre qui précède n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté concernant les conditions, la limitation et l'arrêt de traitement, y compris le traitement de la douleur, et à moins qu'une directive anticipée ne figure déjà dans le dossier médical en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle d'une telle directive auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, des membres de la famille du malade, de ses représentants légaux et de son entourage, du médecin lui ayant adressé le malade, du personnel soignant ou de toute autre personne susceptible d'en connaître l'existence.“

La commission peut, quant au principe, se rallier à cette proposition du Conseil d'Etat.

Toutefois en ce qui concerne la définition du cercle des personnes auprès de qui le médecin doit s'informer sur l'existence éventuelle d'une directive anticipée, la commission estime qu'il y a lieu d'aligner le texte sur la solution retenue à l'article 4, alinéa 2 concernant les personnes à consulter dans le cadre de la reconstitution de la volonté du malade. A cet endroit, la commission a retenu qu'au lieu d'une énumération, il est préférable, de prévoir une formulation générale pour désigner les personnes qui, en dehors de la personne de confiance, peuvent être consultées.

En transposant cette option à l'hypothèse visée par le présent paragraphe, le texte prend la teneur amendée suivante:

„Si la personne en fin de vie se trouvant dans la situation visée au chapitre qui précède n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté concernant les conditions, la limitation et l'arrêt de traitement, y compris le traitement de la douleur, et à moins qu'une directive anticipée ne figure déjà dans le dossier médical en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle d'une telle directive auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, ou auprès de toute autre personne qu'il estime susceptible d'en connaître l'existence.“

Parallèlement à la solution envisagée à l'article 4, alinéa 2 précité, la consultation de la personne de confiance est donc obligatoire alors que les termes „qu'il estime susceptible ... “ indiquent le caractère facultatif, selon le cas concret auquel le médecin est confronté, de la consultation des autres personnes entrant en ligne de compte.

Amendement 8 (Article 6, alinéa 5)

Le dernier paragraphe de l'article 6, dans la version gouvernementale, prévoit que „*si la directive anticipée est contraire aux convictions du médecin traitant, ce dernier doit dans les 24 heures transférer le patient à un confrère disposé à la prendre en compte*“.

La commission se prononce en principe pour le texte gouvernemental en l'amendant toutefois, dans l'esprit de la proposition de texte du Conseil d'Etat, par la subordonnée „*en concertation avec la personne de confiance ou la famille*“.

Par ailleurs, la commission estime que la directive du patient doit avoir une portée plus contraignante à l'égard du médecin auquel le patient a été transféré. Elle propose donc de remplacer dans ce cas le terme „*prendre en compte*“ par celui de „*respecter*“. Compte tenu de ces amendements, l'alinéa 5 aura la teneur suivante:

„(5) Si la directive anticipée est contraire aux convictions du médecin traitant, ce dernier, en concertation avec la personne de confiance ou la famille, doit dans les 24 heures transférer le patient à un confrère disposé à la respecter.“

*

A l'article 9 rassemblant les dispositions modificatives du Code du travail, la commission propose d'apporter les amendements suivants:

Amendement 9 (Article L. 234-5)

Cet article définit les bénéficiaires potentiels du congé d'accompagnement, lequel a pour objet de permettre à tout travailleur salarié d'assurer l'accompagnement d'un parent au premier degré en ligne directe ascendante ou descendante ou au second degré en ligne collatérale, le conjoint ou le partenaire

au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats qui souffre d'une maladie grave en phase terminale.

Suivant cet article, le bénéficiaire du congé d'accompagnement se limite au proche parent, conjoint ou partenaire, qui prête des aides et soins dans les actes essentiels de la vie au malade.

Sur proposition des experts de l'IGSS, la commission a retenu un amendement ayant pour objet de supprimer in fine de cet article le bout de phrase „*auquel il prête des aides et soins au sens de l'article 350, alinéa final du CAS*“.

En effet, ce renvoi aurait pour effet d'ériger en condition de l'octroi du congé d'accompagnement le fait dans le chef du bénéficiaire de prêter lui-même en tant qu'aidant informel des aides et soins à la personne en fin de vie. Or, une telle condition ne saurait être imposée et serait contraire à la finalité poursuivie par l'introduction de cette nouvelle forme de congé.

Amendement 10 (Article L. 234-67)

Le premier alinéa de cet article dispose que le congé d'accompagnement ne peut être attribué qu'à un seul parent du malade sur une même période.

Il est entendu que le terme „parent“ est censé désigner tous les bénéficiaires potentiels du congé au sens de l'article L. 234-65 parmi lesquelles se trouvent également des personnes non parentes, à savoir le conjoint ou le partenaire au sens de la loi du 9 juillet 2004.

Il en ressort que le terme parent est impropre dans le présent contexte et qu'il y a lieu de le remplacer par voie d'amendement par l'expression „*à une seule personne*“.

Corrélativement à l'alinéa 2, l'expression „*deux ou plusieurs membres de la famille*“ est à remplacer par celle „*deux ou plusieurs personnes*“.

Amendement 11 (Article L. 234-68)

L'alinéa 1er de cet article prévoit que „*l'absence du bénéficiaire du congé d'accompagnement est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie grave en phase terminale du parent, la nécessité de la présence continue du bénéficiaire du congé et la durée prévisible du congé*“.

La commission estime qu'il est inopportun, voire indélicat d'exiger du médecin de se prononcer sur la durée prévisible du congé et par conséquent, par voie d'amendement, décide de supprimer les termes afférents.

*

L'article 10 réunit les dispositions modificatives du Code des assurances sociales (CAS) auxquelles la commission apporte les amendements suivants:

Amendement 12 (Article 10, point 3)

La commission propose un amendement ayant pour objet de supprimer le point 3 ainsi libellé:

„3. *L'article 17 est complété par l'alinéa suivant:*

„*Les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs peuvent être précisées par règlement grand-ducal.*“.

Cet amendement se justifie par le fait que l'application conjointe de l'article 17, point 10 nouveau du CAS précisant que „*les soins palliatifs tels que définis à l'article 1er de la loi du ... relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.*“ et de l'article 22, alinéa 1, du CAS disposant que „*La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts*“ assurent déjà la possibilité pour l'assurance maladie de préciser les modalités et conditions du droit aux soins palliatifs par les statuts.

Amendement 13 (Article 10, point 8 nouveau)

La commission propose d'insérer entre les points 8 et 9 actuels un nouveau point 8 libellé comme suit:

8. L'article 350, paragraphe 2 du CAS est complété d'un point d) libellé comme suit:

„d) *dans le domaine des soins palliatifs, les soins et services spécifiques accordés conformément au paragraphe 6 du présent article*“.

Les points 9, 10 et 11 deviennent les points 10, 11 et 12 nouveaux.

Le relevé-type prévu à l'article 350 du CAS déterminant les aides et soins (actes essentiels de la vie, tâches domestiques, soutien, conseil) à prêter dans le cadre de l'assurance dépendance et leur fréquence, il y a lieu de le compléter des soins et services spécifiques accordés dans le domaine des soins palliatifs.

Amendement 14 (Article 10, point 9)

La commission propose de modifier l'article 15, point 9 comme suit:

„L'article 350 est complété par un paragraphe (6) libellé comme suit:

„(6) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit aux actes essentiels de la vie, à la prise en charge des tâches domestiques prévue à l'article 350, paragraphe (2), lettre a), et à la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins prévue à l'article 356, paragraphe (1). Ces prestations sont dispensées dans les limites prévues à l'article 353, alinéa 1er, sur base du relevé-type d'après les besoins effectifs constatés par le prestataire d'aides et de soins. Les conditions et modalités relatives à l'ouverture et à la fin du droit aux prestations visées ci-dessus sont identiques à celles prévues par la législation sur l'assurance maladie.“ “.

Les conditions et modalités de l'ouverture et de la fin du droit aux prestations étant les mêmes en assurance dépendance que celles applicables en matière d'assurance maladie, il y a lieu de procéder par renvoi. Dans un souci de cohérence, la commission propose de supprimer la référence au règlement grand-ducal, alors que les dispositions réglementaires statutaires prévues dans les statuts sont applicables.

Amendement 15 (Articles 11 et 12)

Ces articles constituent le pendant des dispositions du Chapitre III pour les fonctionnaires de l'Etat et les fonctionnaires communaux. A cet effet, ils introduisent les modifications correspondantes dans les lois de base respectives des 16 avril 1979 et 24 décembre 1985.

Ces textes ne donnent pas lieu à observation, sauf que la commission propose d'y transposer les amendements terminologiques arrêtés dans les articles correspondants du Code du Travail. Par ailleurs, l'amendement supprimant la condition relative à l'aidant informel ainsi que celui supprimant la mention de la durée prévisible du congé d'accompagnement sur le certificat médical doivent également être transposés.

Amendement 16 (Article 14)

Compte tenu du réagencement structurel du projet, il faut écrire „à l'exception des articles 9 à 12“ au lieu de „à l'exception du chapitre III ainsi que des articles 15, 17 et 18“ dans le cadre de la disposition analysée.

*

Dans la mesure où l'avis du Conseil d'Etat du 13 juillet 2007 porte à la fois sur le projet de loi 5584 précité et sur la proposition de loi 4909 sur le droit de mourir en dignité et conformément à la décision de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale du 22 novembre 2007, je vous transmets par ce même courrier aux fins d'avis complémentaire les amendements que les auteurs souhaitent apporter à la proposition de loi précitée.

*

Compte tenu de l'importance que la Chambre des Députés accorde au projet de loi sous rubrique et à sa prochaine évacuation, je vous saurais gré, Monsieur le Président, si le Conseil d'Etat pouvait émettre son avis complémentaire dans un délai rapproché.

*

Copie de la présente est adressée pour information à M. Mars di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale, à Mme Marie-Josée Jacobs, Ministre de la Famille et de l'Intégration, et à Mme Octavie Modert, Secrétaire d'Etat aux Relations avec le Parlement.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération très distinguée.

Le Président de la Chambre des Députés,
Lucien WEILER

*

TEXTE COORDONNE ET AMENDE DU PROJET DE LOI 5584

PROJET DE LOI

relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:

1. le Code des assurances sociales;
2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
4. le Code du travail

Les textes repris du Conseil d'Etat figurent en caractères italiques.

Les amendements parlementaires sont imprimés en caractères gras.

Chapitre Ier – *Du droit aux soins palliatifs*

Art. 1er.– *Enoncé du droit aux soins palliatifs et définition*

Toute personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, désignée ci-après par les termes „la personne en fin de vie“, a accès à des soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance **psychique**.

Les soins palliatifs sont assurés à l'hôpital, dans un établissement conventionné suivant les lois sur l'assurance maladie et l'assurance dépendance ou à domicile. Pour les personnes soignées à domicile ou en institution d'aides et de soins, la collaboration étroite d'un hôpital est assurée. Un règlement grand-ducal détermine les modalités relatives à la coordination et la délivrance des fournitures et des actes et services par les différentes catégories de prestataires intervenant auprès de la personne soignée.

L'Etat assure la formation adéquate du personnel médical et soignant. **Un règlement grand-ducal peut en déterminer les modalités.**

Art. 2.– *Refus de l'obstination déraisonnable*

N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de refuser ou de s'abstenir de mettre en oeuvre, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, des examens et traitements inappropriés par rapport à l'état **de la personne en fin de vie** et qui, selon les connaissances médicales du moment, n'apporteraient à **la personne en fin de vie** ni soulagement ni amélioration de son état ni espoir de guérison.

La disposition qui précède s'entend sans préjudice de l'obligation pour le médecin soit de prodiguer lui-même à **la personne en fin de vie** les soins palliatifs définis à l'article qui précède soit de les initier.

Art. 3.– Effet secondaire du traitement de la douleur

Le médecin a l'obligation de soulager efficacement la souffrance physique et psychique de la personne en fin de vie.

Si le médecin constate qu'il ne peut efficacement soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'avancer sa fin de vie, il doit l'en informer et recueillir son consentement.

**Chapitre II – De la volonté de la personne en fin de vie
et de la directive anticipée**

Art. 4.– De la volonté de la personne en fin de vie

Si la **personne en fin de vie** se trouvant dans la situation visée au chapitre qui précède n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté *relative à sa fin de vie*, dont les conditions, la limitation et l'arrêt de traitement, y compris le traitement de la douleur visé à l'article qui précède, le médecin cherche à établir sa volonté présumée.

Dans le cadre de l'établissement de cette volonté, le médecin fait appel à la personne de confiance désignée conformément à l'article 5. Il peut faire appel à toute autre personne susceptible de connaître la volonté de la personne en fin de vie.

Art. 5.– Contenu et forme de la directive anticipée

(1) *Toute personne peut exprimer dans un document dit „directive anticipée“ ses souhaits relatifs à sa fin de vie, dont les conditions, la limitation et l'arrêt du traitement, y compris le traitement de la douleur visé à l'article 3, ainsi que l'accompagnement psychologique et spirituel, pour le cas où elle se trouverait en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, et ne serait plus en mesure de manifester sa volonté.*

La directive anticipée peut par ailleurs porter sur le mode et la cérémonie des funérailles ainsi que le don d'organes.

(2) *Lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.*

(3) La directive anticipée peut contenir la désignation d'une personne de confiance qui doit être entendue par le médecin si la **personne en fin de vie** n'est plus en mesure de manifester sa volonté.

(4) *La directive anticipée peut être amendée ou annulée à tout moment par son auteur. La directive anticipée, ainsi que les amendements qui peuvent y être apportés, doivent être consignés par écrit, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 2.*

Art. 6.– Effet de la directive anticipée

(1) Le médecin traitant doit prendre en compte la directive anticipée versée au dossier médical ou dont il a obtenu connaissance.

(2) **Si la personne en fin de vie se trouvant dans la situation visée au chapitre qui précède n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté concernant les conditions, la limitation et l'arrêt de traitement, y compris le traitement de la douleur, et à moins qu'une directive anticipée ne figure déjà dans le dossier médical en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle d'une telle directive auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, ou auprès de toute autre personne qu'il estime susceptible d'en connaître l'existence.**

(3) *Le médecin évalue si les prévisions de la directive correspondent à la situation envisagée par la **personne en fin de vie** et tient compte de l'évolution des connaissances médicales depuis sa rédaction.*

(4) Si le médecin se départ du contenu de la directive anticipée, il en indique les raisons au dossier médical de la **personne en fin de vie** et en informe la personne de confiance ou, à défaut, la famille.

(5) Si la directive anticipée est contraire aux convictions du médecin traitant, ce dernier, **en concertation avec la personne de confiance ou la famille**, doit dans les 24 heures transférer la **personne en fin de vie** à un confrère disposé à la **respecter**.

Art. 7.– Accès à la directive anticipée

L'accès à la directive anticipée est ouvert, à sa demande, à tout médecin en charge d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.

L'auteur de la directive anticipée peut la remettre lui-même, à l'occasion d'une hospitalisation, au personnel médical ou soignant. Il peut également, à tout moment, la remettre à son médecin traitant.

Si la directive anticipée a été remise à un autre dépositaire par la **personne en fin de vie** et que celui-ci prend connaissance de l'état avancé ou terminal d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, chez son auteur, il la remet au personnel médical en charge de la **personne en fin de vie**.

Dans tous les cas, la directive anticipée est jointe au dossier médical ou, suivant le cas, de soins.

Art. 8.– Règlement d'exécution

Un règlement grand-ducal peut prévoir la mise en place d'un enregistrement centralisé des directives anticipées. Il détermine la procédure selon laquelle est assuré l'enregistrement ainsi que les modalités d'accès au registre central.

Chapitre III – Du congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie

Art. 9.– Le Code du travail est complété au livre II, titre III, chapitre IV sous l'intitulé „Section 10.– Congé d'accompagnement“ par le dispositif suivant:

„**Art. L. 234-65.** Il est institué un congé spécial pour l'accompagnement d'une personne en fin de vie, désigné ci-après par „congé d'accompagnement“, qui peut être demandé par tout travailleur salarié dont un parent au premier degré en ligne directe ascendante ou descendante ou au second degré en ligne collatérale, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats souffre d'une maladie grave en phase terminale. ~~auquel il prête des aides et soins dans le cadre du maintien à domicile visé à l'article 350, paragraphe 5 du Code des assurances sociales.~~

Art. L. 234-66. La durée du congé d'accompagnement ne peut pas dépasser cinq jours ouvrables par cas et par an.

Le congé d'accompagnement peut être fractionné. Le travailleur peut convenir avec son employeur d'un congé d'accompagnement à temps partiel; dans ce cas la durée du congé est augmentée proportionnellement.

Le congé d'accompagnement prend fin à la date du décès **de la personne en fin de vie**.

Art. L. 234-67. Le congé d'accompagnement ne peut être attribué (qu'à un seul parent) qu'à **une seule personne** sur une même période.

Toutefois, si pendant cette période (~~deux ou plusieurs membres de la famille~~) deux ou plusieurs **personnes** se partagent l'accompagnement de la **personne en fin de vie**, ils peuvent bénéficier chacun d'un congé d'accompagnement à temps partiel, sans que la durée totale des congés alloués ne puisse dépasser quarante heures.

Art. L. 234-68. L'absence du bénéficiaire du congé d'accompagnement est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie grave en phase terminale de la **personne en fin de vie** et la nécessité de la présence continue du bénéficiaire du congé. ~~et la durée prévisible du congé.~~

Le bénéficiaire est obligé d'avertir personnellement ou par personne interposée, soit oralement soit par écrit, l'employeur ou le représentant de celui-ci au plus tard le premier jour de son absence.

A la demande de son employeur ou de la caisse de maladie, le salarié doit prouver que les différentes conditions pour l'obtention du congé d'accompagnement sont remplies.

Art. L. 234-69. (1) La période du congé d'accompagnement est assimilée à une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Pendant cette durée, les dispositions légales en matière de sécurité sociale et de protection au travail restent applicables aux bénéficiaires.

(2) L'employeur averti conformément à l'article L. 234-68 n'est pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L. 124-2.

Les dispositions de l'alinéa qui précède cessent d'être applicables à l'égard de l'employeur si le certificat médical n'est pas présenté.

Les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié. Restent également applicables les dispositions de l'article L. 125-1 et de l'article L. 121-5 du Code du travail.

La résiliation du contrat effectuée en violation des dispositions du présent paragraphe est abusive.

(3) Les dispositions du paragraphe 2 ne sont pas applicables si l'avertissement, sinon la présentation du certificat médical visé à l'article L. 234-69, sont effectués après réception de la lettre de résiliation du contrat ou, le cas échéant, après réception de la lettre de convocation à l'entretien préalable.

(4) L'article L. 121-6, paragraphe 3, alinéa 2 du Code du travail n'est pas applicable au congé d'accompagnement pour autant qu'il prévoit au profit de l'employé privé le maintien intégral de son traitement pour la fraction du mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents.

Art. L. 234-70. Toute contestation relative au congé d'accompagnement survenue dans le cadre de l'exécution d'un contrat de travail ou d'apprentissage entre un employeur, d'une part, et un salarié, d'autre part, est de la compétence *des juridictions de travail*.

Chapitre IV – Dispositions modificatives et finales

Art. 10.– Le Code des assurances sociales est modifié comme suit:

1. L'article 9 est complété par un alinéa 3 libellé comme suit:

„L'indemnité pécuniaire de maladie est encore due pendant les périodes déterminées par référence à l'article L. 234-66 du Code du travail.“
2. L'article 17, alinéa 1, est complété par un point 10 libellé comme suit:

„10. les soins palliatifs tels que définis à l'article 1er de la loi du ... relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.“
- ~~3. L'article 17 est complété par l'alinéa suivant:

„Les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs peuvent être précisées par règlement grand-ducal.“~~
3. L'article 61, alinéa 2, est complété par un point 12 libellé comme suit:

„12) concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins visés respectivement aux articles 389 à 391, ainsi que les centres d'accueil pour les personnes en fin de vie, dûment agréés par le ministre ayant la Famille dans ses attributions.“
4. L'article 65, alinéas 1er et 2, est modifié comme suit:

„Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12, et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 4 et 12, chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-

clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa.“

5. L'article 66, alinéa 2, est modifié comme suit:

„Les valeurs de lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 3 et 12, correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.“

6. L'article 341, alinéa 2, est complété par un point 13 libellé comme suit:

„13) la constatation du droit aux soins palliatifs.“

7. L'article 349 est complété par l'alinéa suivant:

„Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs au sens de l'article 1er de la loi du ... relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.“

8. **L'article 350, paragraphe 2 est complété d'un point d) libellé comme suit:**

„d) dans le domaine des soins palliatifs, les soins et services spécifiques accordés conformément au paragraphe 6 du présent article“.

9. L'article 350 est complété par un paragraphe 6 libellé comme suit:

„(6) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit aux actes essentiels de la vie, à la prise en charge des tâches domestiques prévue à l'article 350, paragraphe 2, lettre a), et à la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins prévue à l'article 356, paragraphe 1er. Ces prestations sont dispensées dans les limites prévues à l'article 353, alinéa 1, sur base du relevé-type d'après les besoins effectifs constatés par le prestataire d'aides et de soins. **Les conditions et modalités relatives à l'ouverture et à la fin du droit aux prestations visées ci-dessus sont identiques à celles prévues par la législation sur l'assurance maladie.**“

10. L'article 351 est complété par un alinéa libellé comme suit:

„Les décisions relatives à l'attribution du droit aux soins palliatifs sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.“

11. L'article 354 est complété par l'alinéa suivant:

„La personne dépendante bénéficiaire d'une prestation en espèces a droit au maintien de cette prestation au moment de l'ouverture du droit aux soins palliatifs.“

Art. 11.– La loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat est complétée comme suit:

1. A l'article 28, paragraphe 1er, alinéa 2, est ajoutée une lettre q) libellée comme suit:

„q) le congé d'accompagnement.“

2. A la suite de l'article 29ter, il est ajouté un article 29quater ayant la teneur suivante:

„Art. 29quater. Congé d'accompagnement

1. Le fonctionnaire dont un parent au premier degré en ligne directe ascendante ou descendante ou au second degré en ligne collatérale, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats souffre d'une maladie grave en phase terminale **et auquel il prête des aides et soins au sens de l'article 350, alinéa final du Code des assurances sociales** a droit, à sa demande, à un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie, ci-après appelé congé d'accompagnement.

2. La durée du congé d'accompagnement ne peut pas dépasser cinq jours ouvrables par cas et par an.

Le congé d'accompagnement peut être fractionné. Le travailleur peut convenir avec son employeur d'un congé d'accompagnement à temps partiel; dans ce cas la durée du congé est augmentée proportionnellement.

Le congé d'accompagnement prend fin à la date du décès **de la personne en fin de vie.**

3. Le congé d'accompagnement ne peut être attribué qu'à **une seule personne** sur une même période.

Toutefois, si pendant cette période deux ou plusieurs membres de la famille se partagent l'accompagnement de la **personne en fin de vie**, ils peuvent bénéficier chacun d'un congé d'accompagnement à temps partiel, sans que la durée totale des congés alloués ne puisse dépasser quarante heures.

4. L'absence du bénéficiaire du congé d'accompagnement est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie grave en phase terminale de la **personne en fin de vie** et la nécessité de la présence continue du bénéficiaire du congé. **et la durée prévisible du congé.**

Le bénéficiaire est obligé d'avertir personnellement ou par personne interposée, soit oralement soit par écrit, le chef d'administration ou son délégué au plus tard le premier jour de son absence.

A la demande de son administration, le fonctionnaire doit prouver que les différentes conditions pour l'obtention du congé d'accompagnement sont remplies.“

Art. 12.– La loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux est complétée comme suit:

1. A l'article 29, paragraphe 1er, deuxième alinéa, est ajoutée une lettre m) libellée comme suit:
„m) le congé d'accompagnement.“

2. A la suite de l'article 30^{ter}, il est ajouté un article 30^{quater} ayant la teneur suivante:

„Art. 30^{quater}. Congé d'accompagnement

1. Le fonctionnaire dont un parent au premier degré en ligne directe ascendante ou descendante ou au second degré en ligne collatérale, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats souffre d'une maladie grave en phase terminale **et auquel il prête des aides et soins au sens de l'article 350, alinéa final du Code des assurances sociales** a droit, à sa demande, à un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie, ci-après appelé congé d'accompagnement.

2. La durée du congé d'accompagnement ne peut pas dépasser cinq jours ouvrables par cas et par an.

Le congé d'accompagnement peut être fractionné. Le travailleur peut convenir avec son employeur d'un congé d'accompagnement à temps partiel; dans ce cas la durée du congé est augmentée proportionnellement.

Le congé d'accompagnement prend fin à la date du décès **de la personne en fin de vie**.

3. Le congé d'accompagnement ne peut être attribué qu'à **une seule personne** sur une même période.

Toutefois, si pendant cette période deux ou plusieurs personnes se partagent l'accompagnement de la **personne en fin de vie**, ils peuvent bénéficier chacun d'un congé d'accompagnement à temps partiel, sans que la durée totale des congés alloués ne puisse dépasser quarante heures.

L'absence du bénéficiaire du congé d'accompagnement est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie grave en phase terminale de la **personne en fin de vie** et la nécessité de la présence continue du bénéficiaire du congé. **et la durée prévisible du congé.**

Le bénéficiaire est obligé d'avertir personnellement ou par personne interposée, soit oralement soit par écrit, le collègue des bourgmestre et échevins ou son délégué au plus tard le premier jour de son absence.

A la demande de son administration, le fonctionnaire doit prouver que les différentes conditions pour l'obtention du congé d'accompagnement sont remplies.“

Art. 13.– La référence à la présente loi pourra se faire sous une forme abrégée en utilisant les termes de „loi du ... relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie“.

Art. 14.– La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui de sa publication au Mémorial, à l'exception des articles **9 à 12** qui ne sortent leurs effets qu'à partir du premier jour du septième mois suivant celui de sa publication.

*

AMENDEMENTS DES AUTEURS A LA PROPOSITION DE LOI 4909

TEXTE DES AMENDEMENTS

Amendement 1

Le dernier tiret du point 2. de l'article 2 est supprimé.

Amendement 2

Les deux derniers tirets du point 2. de l'article 3 sont supprimés.

Amendement 3

L'article 4 se lira comme suit:

„Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 6, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation visée à l'article 5 de la présente loi.“

Amendement 4

Le premier alinéa de l'article 6 se lira comme suit:

„La Commission établit un document de déclaration officielle qui doit, ~~préalablement à une euthanasie ou une assistance au suicide,~~ être complété par le médecin et adressé à la Commission ~~chaque fois qu'il pratique une euthanasie.~~“

Amendement 5

L'article 7 se lira comme suit:

„Art. 7.– 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 ~~sont~~ ont été respectées.

En cas de doute, la Commission peut décider, à la majorité simple, 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 ~~sept jours au plus~~ deux mois.

~~Lorsque, par décision prise à la majorité des voix, la Commission estime que les conditions prévues par la loi sont respectées, elle communique sa décision au médecin traitant en vue de l'exécution de l'euthanasie.~~

Lorsque, par décision prise à la majorité des voix, la Commission estime que les conditions prévues par la présente loi ne sont pas respectées, elle communique ~~son veto suspensif motivé~~ sa décision motivée au médecin traitant et envoie le dossier complet ainsi qu'une copie de la décision motivée au parquet.

~~Si la mort à brève échéance est manifeste, et si toutes les autres conditions prescrites par la présente loi sont respectées, le médecin peut invoquer le cas d'urgence et demander à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de se prononcer dans un délai de trois jours.“~~

*

COMMENTAIRE DES AMENDEMENTS

Les amendements 1 à 5 ont pour objet la suppression du contrôle préalable à toute euthanasie ou assistance au suicide par la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation.

Lors de l'élaboration de leur initiative parlementaire, tout en s'inspirant de la loi belge – la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie –, les auteurs de la proposition de loi, avaient préféré au modèle belge du contrôle posteuthanasie ou suicide assisté, un contrôle ex ante.

Or, il s'est avéré que cette „main tendue“ aux opposants à l'euthanasie ne les a pas convaincus que des abus n'étaient pas à craindre en raison du fait que l'opacité de la situation actuelle était remplacée par un examen des conditions fixées par la loi et ce en toute transparence.

En revanche, l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes dans son avis du 18 juin 2002, écrit:

„C'est ici que nous voyons les plus grands problèmes et ceci d'autant plus que les modalités pratiques préconisées sont à des milliers de kilomètres d'une approche réalisable sur le terrain. A certains de nos membres, ces dispositions donnent même carrément froid au dos quant à leur aspect bureaucratique et envahissant.

Nous refusons totalement une approche lente, lourde et administrative d'un aspect aussi intime touchant au plus profond de l'être que pourrait l'être une demande de mort assistée ou d'euthanasie.“

Ainsi, les auteurs de la proposition de loi estiment préférable de supprimer cette disposition pour la remplacer par la procédure prévue par la loi belge qui a fait ses preuves.

Il résulte en effet du deuxième rapport aux Chambres législatives (Années 2004 et 2005) de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie en Belgique, qu'en matière de précaution et de prévention d'abus éventuels, le modèle prévu par la loi belge est amplement suffisant. Ainsi, la commission en question constate qu'„aucune déclaration ne comportait d'éléments faisant douter du respect des conditions de fond de la loi et aucun dossier n'a donc été transmis à la justice“.

*

TEXTE COORDONNE

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 tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait d'aider intentionnellement une autre personne à se suicider ou de procurer à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande de celle-ci.

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

Art. 2.– 1. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que:

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
 - le patient mineur entre 16 et 18 ans ayant demandé l'interruption de la vie peut se prévaloir de l'autorisation des parents ou de la personne jouissant de l'autorité parentale;
 - la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
 - 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 et indépendamment du fait qu'elle résulte d'une affection accidentelle ou pathologique;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

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:

- 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;

- 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;
- 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;
- 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;
- sauf opposition du patient, s’entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;
- s’assurer que le patient a eu l’occasion de s’entretenir de sa demande avec les personnes qu’il souhaitait rencontrer;
- ~~adresser une déclaration officielle, visée à l’article 6 de la présente loi, à la Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation, visée à l’article 5 de la présente loi et qui se prononce dans un délai de sept jours au plus, et attendre la décision de ladite Commission avant de pratiquer l’euthanasie ou l’assistance au suicide. Si la mort à brève échéance est manifeste, et si toutes les autres conditions prescrites par la présente loi sont respectées, le médecin peut invoquer le cas d’urgence et demander à la Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation de se prononcer dans un délai de trois jours.~~

3. 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 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.

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 médecin 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.

4. 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.

Chapitre III – Le testament de vie

Art. 3.– 1. Toute personne majeure ou mineure émancipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans un testament 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 le testament 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.

Le testament de vie peut 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 le testament de vie le déclarant peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à leur égard.

Le testament de vie peut être fait à tout moment. Il doit être constaté par écrit, daté et signé par le déclarant.

2. Si la personne qui souhaite faire un testament de vie est dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, son testament de vie peut être acté 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. Le testament de vie se fera en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'est ni l'héritier légal, ni le légataire universel du déclarant. Le testament de vie doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Le testament de vie doit être daté et signé par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe au testament de vie.

Le testament de vie sera enregistré dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des testaments de vie auprès de la Direction de la Santé.

Le testament de vie peut être réitéré, retiré ou adapté à tout moment. La Direction de la Santé est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant.

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.

3. Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite d'un testament de vie tel que prévu aux alinéas 1er et 2, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient:

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- est inconscient,
- 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:

- 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 le testament 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;

- s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu du testament de vie avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;
- si le testament de vie désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;
- si le testament de vie désigne une personne de confiance, s'entretenir de la volonté du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne;
- adresser une déclaration officielle, visée à l'article 6 de la présente loi, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, visée à l'article 5 de la présente loi, et observer un délai de 10 jours avant de pratiquer l'euthanasie;
- toutefois en cas d'urgence, et si toutes les autres conditions prescrites par la présente loi sont respectées, le médecin peut invoquer le cas d'urgence et demander à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de se prononcer dans un délai de trois jours.

Le testament 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. 4.– ~~Avant de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide le médecin traitant doit obligatoirement adresser la déclaration officielle visée à l'article 6, dûment complétée, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation visée à l'article 5 de la présente loi.~~

Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 6, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation visée à l'article 5 de la présente loi.

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

Art. 5.– 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 par la Chambre des Députés 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. Trois membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable. Trois membres sont des personnes engagées dans la société civile.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition que la moitié de ses membres soit présente.

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

Art. 6.– ~~La Commission établit un document de déclaration officielle qui doit, préalablement à une euthanasie ou une assistance au suicide, 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 un testament de vie et qu'il désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la(des) personne(s) de confiance qui est(sont) intervenue(s).

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'article 7 alinéa 2, de la Commission, et 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:

- le sexe, la date et le lieu de naissance 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;
- si l'on peut estimer que le décès aura lieu à brève échéance;
- s'il existe un testament de vie;
- la procédure suivie par le médecin;
- la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et la date de ces consultations;
- la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations;

- les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a l'intention de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.

Art. 7.– 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 ~~sont~~ ont été respectées.

En cas de doute, la Commission peut décider, à la majorité simple, 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 ~~sept jours au plus~~ deux mois.

~~Lorsque, par décision prise à la majorité des voix, la Commission estime que les conditions prévues par la loi sont respectées, elle communique sa décision au médecin traitant en vue de l'exécution de l'euthanasie.~~

Lorsque, par décision prise à la majorité des voix, la Commission estime que les conditions prévues par la présente loi ne sont pas respectées, elle communique ~~son veto suspensif motivé~~ sa décision motivée au médecin traitant et envoie le dossier complet ainsi qu'une copie de la décision motivée au parquet.

~~Si la mort à brève échéance est manifeste, et si toutes les autres conditions prescrites par la présente loi sont respectées, le médecin peut invoquer le cas d'urgence et demander à la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de se prononcer dans un délai de trois jours.~~

Art. 8.– La Commission établit à l'attention de la Chambre des député-e-s, 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 7;
- 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 7.

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. 9.– 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 seront fixés par règlement grand-ducal.

Art. 10.– Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés au budget du ministère de la Santé.

Art. 11.– 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. 12.– Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la Commission, visés à l'article 8, la Chambre des député-e-s organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution de la Chambre des député-e-s et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des député-e-s.

Chapitre VI – Dispositions particulières

Art. 13.– 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.

Art. 14.– La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/05, 5584/10

**N^{os} 4909⁵
5584¹⁰**

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

PROJET DE LOI

relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:

1. le Code des assurances sociales;
2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
4. le Code du travail

* * *

AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL D'ETAT

(11.12.2007)

En référence à l'article 19(2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, le Président de la Chambre des députés a saisi par dépêche du 28 novembre 2007 le Conseil d'Etat d'une série de 16 amendements au projet de loi sous avis, adoptés par la Commission de la santé et de la sécurité sociale au cours de ses réunions du 13 septembre, des 4, 11 et 25 octobre ainsi que des 8 et 22 novembre 2007.

La série d'amendements était accompagnée, à titre indicatif, d'un texte coordonné tenant compte des propositions d'amendement et des propositions de texte du Conseil d'Etat reprises par la commission parlementaire.

Le Président de la Chambre des députés attire l'attention du Conseil d'Etat sur l'urgence du projet en insistant sur l'importance que la Chambre des députés lui accorde.

En annexe, le Président de la Chambre des députés a également transmis au Conseil d'Etat des amendements à la proposition de loi sous rubrique, soumis par ses auteurs.

Dans son avis du 13 juillet 2007, le Conseil d'Etat avait constaté que les auteurs de la proposition de loi avaient établi plusieurs conditions pour que l'autodétermination de la personne en fin de vie puisse être prise en considération dans le contexte d'une aide active au suicide, voire d'un acte délibéré d'euthanasie.

Ainsi, la personne en fin de vie doit se trouver dans une situation médicale sans issue et faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration.

Or, le projet de loi sous avis tel qu'il a été amendé par la commission parlementaire met dans son article 3 le médecin dans l'obligation de soulager efficacement la souffrance physique et psychique de la personne en fin de vie, même s'il fallait appliquer un traitement ayant pour effet secondaire d'avancer sa fin de vie, avant de l'en avoir informé et d'avoir recueilli son consentement. Cette disposition

implique en cas de nécessité le recours à des techniques d'anesthésie entrant dans le cadre d'une sédation palliative, dont la profondeur sera guidée par le contrôle des symptômes.

Le Conseil d'Etat ne conçoit pas quelle pourrait être, dans le respect conséquent de cette disposition du projet de loi, l'applicabilité concrète de la condition énoncée dans la proposition de loi et notamment les critères d'évaluation de l'inefficacité d'une sédation palliative, alors que ces critères devraient être à la base d'un jugement objectif du médecin amené à provoquer délibérément la mort du patient concerné aux termes de la proposition de loi sous rubrique.

Par ailleurs, les dispositions sur le testament de vie interfèrent partiellement avec celles de la directive anticipée du Chapitre II du projet de loi sous examen.

Ces constatations amènent le Conseil d'Etat à conclure que la proposition de loi sous rubrique est, sous sa forme actuelle, incompatible avec le projet de loi sous avis.

Dans le texte proposé dans son avis du 13 juillet 2007, le Conseil d'Etat avait affirmé l'interdiction faite au médecin de provoquer délibérément la mort d'un malade ou de l'aider à se suicider.

Cette affirmation tient compte du code de déontologie du médecin et d'une réalité qui veut que l'exercice de l'art de guérir ne soit pas compatible avec des approches visant à provoquer la mort d'êtres humains. Aussi la proposition de loi ne peut-elle trouver l'approbation du Conseil d'Etat.

Au regard de ces considérations, le Conseil d'Etat n'entend pas examiner plus avant, fût-ce à titre subsidiaire, les amendements à la proposition de loi.

*

EXAMEN DES AMENDEMENTS AU PROJET DE LOI

Amendement 1

Les auteurs des amendements parlementaires proposent, dans un souci de cohérence dans la terminologie, de désigner la personne bénéficiaire de soins palliatifs comme „personne en fin de vie“. Le Conseil d'Etat ne peut pas approuver cet amendement et garde une préférence pour les termes utilisés dans sa proposition de texte. Selon le Conseil d'Etat, les auteurs de l'amendement procèdent avec le terme „personne en fin de vie“ à une généralisation sommaire et réductrice qui ne tient pas compte de la complexité des situations rencontrées auprès de personnes en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et qui risque d'être ressentie comme une dérive conceptuelle. Le Conseil d'Etat comprend toutefois la volonté de la commission parlementaire d'assurer la cohérence terminologique du dispositif du projet de loi sous examen. Aussi recommande-t-il, au vu des observations ci-dessus, de rédiger comme suit l'alinéa 1 de l'article 1er: „Toute personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, désignée ci-après par „le malade“, a accès à des soins palliatifs“. Il y a lieu, dans cette optique, de procéder dans tout le dispositif du projet de loi aux modifications qui s'imposent.

Amendement 2

Par cet amendement, les auteurs entendent remplacer le terme „souffrance psychologique“, jugé impropre, par celui de „souffrance psychique“. Bien que le terme de „souffrance psychologique“ soit d'usage courant, notamment dans le domaine médical, le Conseil d'Etat, dans un souci de cohérence avec le libellé qu'il a proposé à l'endroit de l'article 3, donne son accord à cet amendement.

Amendement 3

Tout en soulignant la nécessité d'une large complémentarité de tous les acteurs concernés, les auteurs des amendements ressentent un soupçon de hiérarchisation entre le secteur hospitalier et le secteur extrahospitalier laquelle serait introduite par le projet de loi sous rubrique. Ceci ne les empêche pas de constater que la „coopération est d'autant plus importante que le secteur hospitalier a néanmoins la spécificité de disposer lui seul d'une infrastructure lourde et d'appareils spécialisés qui de toute évidence ne sont pas disponibles en institution ou à domicile“. Pour le Conseil d'Etat, ce ne sont pas les équipements lourds qui justifient une collaboration étroite, mais plutôt la continuité des soins qui se doivent d'être optimaux. Dans la plupart des cas, le malade qui arrive au stade palliatif, c'est-à-dire au stade d'une maladie avancée ou terminale devenue incurable, est déjà pris en charge de façon concomitante par le milieu hospitalier, son médecin généraliste et les réseaux de soins à domicile. La garantie

du maintien de cette prise en charge simultanée reste essentielle en phase palliative, sans qu'elle doive être spécifiquement réglementée. Le Conseil d'Etat ne peut donc pas suivre les auteurs des amendements dans leur proposition de régler ces relations entre secteurs hospitalier et extrahospitalier par conventions, facultatives, et désapprouve la disposition qui vise à déterminer par voie réglementaire les modalités de délivrance de fournitures, d'actes et de services, qui sont du domaine du Code des assurances sociales.

Aussi le Conseil d'Etat exige-t-il la suppression de cet amendement. Toutefois, il pourrait concevoir que si les auteurs entendaient essentiellement documenter les aides et soins prestés par les différents intervenants, la phrase finale de l'alinéa 3 de l'article 1er pourrait être libellée comme suit:

„La délivrance des fournitures et des actes et services par les différentes catégories de prestataires intervenant auprès de la personne soignée est consignée dans un carnet de soins dont la forme et le contenu sont déterminés par règlement grand-ducal, les avis des groupements représentatifs des prestataires ayant été demandés.“

Amendement 4

Cet amendement prévoit qu'un règlement grand-ducal peut déterminer les modalités d'une formation adéquate du personnel médical et soignant.

Il ne tient toutefois pas compte des observations formulées par le Conseil d'Etat dans son avis précité du 13 juillet 2007 et n'apporte aucune précision supplémentaire au texte initial. Le Conseil d'Etat rappelle qu'en vertu de l'article 32(3) de la Constitution, le pouvoir exécutif peut prendre des mesures réglementaires d'exécution dans une matière réservée, sous réserve que les fins, les conditions et les modalités de pareille réglementation soient spécifiées dans la loi même. Faute de voir les critères ci-dessus précisés, le Conseil doit s'opposer formellement à cet amendement et recommande de reprendre le texte par lui proposé dans son avis précité du 13 juillet 2007.

Amendement 5

La commission parlementaire, tout en se ralliant à la proposition du Conseil d'Etat d'ajouter la personne de confiance à la liste des personnes à consulter par le médecin pour reconstituer la volonté du patient en fin de vie et incapable de s'exprimer, considère que pour toutes les autres personnes la consultation doit rester facultative et propose: „Il peut faire appel à toute autre personne susceptible de connaître la volonté du malade.“

Le Conseil d'Etat ne peut pas suivre l'argumentation des auteurs de l'amendement pour plusieurs raisons.

Respecter la volonté du malade et faire participer les proches de la personne concernée, autant que faire se peut, sont en effet des éléments centraux de l'avis du 13 juillet 2007 du Conseil d'Etat, ceci pour éviter une trop grande médicalisation des derniers instants de la vie et pour rendre ces moments cruciaux les plus humains possibles.

Aussi, pour l'instant, ni le choix d'une personne de confiance ni la rédaction d'une directive anticipée ne font-ils partie de nos mœurs, de sorte que le médecin se trouvera bien souvent dans la situation où lui seul pourra décider de consulter ou non les proches pour connaître la volonté présumée du malade. La disposition proposée par les auteurs de l'amendement est donc contraire au but recherché par le projet sous avis et, pour le surplus, manque de pertinence normative.

En outre, le Conseil d'Etat tient à répéter une des recommandations de la Société de réanimation de langue française – spécialiste de la question s'il en est – sur les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte datant de 2002: „La consultation des proches concerne au minimum la consultation de la personne la plus apte à faire circuler les informations parmi les proches. Il peut s'agir de la personne de confiance désignée par le patient, ou d'une personne désignée par les proches eux-mêmes ou à défaut identifiée par l'équipe médicale. Cette personne peut être invitée à participer aux discussions collégiales si elle le souhaite.“

Quant à la préférence des auteurs de l'amendement pour la terminologie „établissement de la volonté“ au lieu de „reconstitution de la volonté“, avec l'argument que cette notion a un caractère moins exigeant, le Conseil d'Etat donne à considérer que c'est bien cette exigence qui est de rigueur et qui est inscrite à bon escient dans la législation française. Il y aurait donc avantage à suivre les notions existantes.

Partant, le Conseil d'Etat garde une nette préférence pour le texte par lui proposé.

Amendement 6

Par cet amendement, la commission parlementaire propose de supprimer l'alinéa ayant trait au mode de cérémonie des funérailles, car ayant un caractère „quasi-testamentaire“. Le Conseil d'Etat peut s'y rallier.

Quant à la proposition de supprimer la stipulation concernant le don d'organes, le Conseil d'Etat ne peut y marquer son accord. En effet, contrairement à ce qu'en disent les auteurs de l'amendement, la loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine prévoit expressément cette possibilité au dernier alinéa de son article 10¹. Etant donné que le don d'organes peut avoir une conséquence directe sur les derniers instants de la vie, le maintien des fonctions vitales s'imposant en vue du prélèvement d'organes aux fins d'une transplantation, le Conseil d'Etat insiste pour maintenir cet aspect. Il suggère partant la rédaction suivante pour le deuxième alinéa du paragraphe 1er de l'article 5:

„La directive anticipée peut par ailleurs porter sur le don d'organes.“

Amendement 7

Cet amendement a trait à l'obligation du médecin de s'enquérir de l'existence éventuelle d'une directive anticipée, pour la limiter à la seule personne de confiance, au lieu de l'élargir à l'énumération précise proposée par le Conseil d'Etat, à savoir: „des membres de la famille du malade, de ses représentants légaux et de son entourage, du médecin lui ayant adressé le malade, du personnel soignant ou de toute autre personne susceptible d'en connaître l'existence“. Les auteurs de l'amendement suggèrent une formulation vague ayant de surcroît un caractère facultatif „... auprès de toute autre personne qu'il estime susceptible d'en connaître l'existence“. Le Conseil d'Etat, tout en renvoyant à ses considérations émises à l'endroit de l'amendement 5, ne peut donner son accord au présent amendement et rappelle que les dispositions légales ont avantage à être précises, claires et normatives pour faciliter leur application. Cette rigueur est d'autant plus importante au vu du caractère délicat de la matière dont question.

Amendement 8

Cet amendement traite des situations de désaccord entre le médecin et le patient, voire du médecin avec la directive anticipée, en raison de contrariété de convictions. Selon le texte gouvernemental, repris partiellement par les auteurs de l'amendement, il est de la responsabilité du médecin de transférer endéans 24 heures le patient à un confrère disposé à respecter la directive anticipée, en concertation avec l'entourage du malade.

Le Conseil d'Etat ne comprend ni pourquoi un médecin devrait prendre la responsabilité d'un transfert d'une personne en fin de vie ni comment il procéderait pour trouver un confrère aux convictions contraires aux siennes et pour le plus endéans 24 heures. C'est pourquoi il avait suggéré dans son avis précité du 13 juillet 2007 d'écrire: „il appartiendra à l'entourage d'indiquer un autre médecin, disposé à exécuter le contenu de la directive. La version proposée par les auteurs du projet de loi mettrait en effet le médecin dans une situation impossible: celle de trouver endéans les 24 heures un confrère prêt à prendre la relève et assumer les risques liés au transfert d'une personne en fin de vie“.

Afin d'accorder également aux médecins le bénéfice du principe „à l'impossible, nul n'est tenu“, le Conseil d'Etat insiste à ce que le médecin soit soustrait à cette obligation.

Si les auteurs de l'amendement ne devaient pas suivre le Conseil d'Etat dans sa proposition qui délimite clairement les responsabilités, il recommande à titre subsidiaire d'ajouter au moins les termes „dans la mesure du possible“ et de supprimer l'obligation de résultat endéans un délai de 24 heures.

La disposition en question se lirait dès lors comme suit:

¹ **Art. 10.** *Lors de chaque délivrance d'un passeport ou d'une carte d'identité ou d'une carte d'identité d'étranger, l'agent remet en même temps au titulaire de cette pièce une formule de déclaration à deux options que l'intéressé peut remplir et signer s'il entend exprimer qu'il est ou qu'il n'est pas donneur d'organes après sa mort.*

Le ministre de la Santé détermine la forme de cette pièce et il en remet des exemplaires aux services compétents qui sont tenus de les délivrer aux particuliers qui en font la demande, même en dehors de toute délivrance d'une pièce d'identité.

Est équivalente à l'autorisation ou au refus exprimés dans la pièce visée à l'alinéa qui précède toute déclaration d'autorisation ou de refus consignée dans un écrit.

„Si la directive anticipée est contraire aux convictions du médecin traitant, ce dernier, en concertation avec la personne de confiance ou l’entourage, transférera, dans la mesure du possible, le patient à un médecin disposé à la respecter.“

Amendement 9

En supprimant en matière d’accès au congé d’accompagnement la limitation aux aidants informels, l’amendement proposé élargit le cercle des bénéficiaires potentiels et augmente donc le coût pour l’assurance maladie.

Amendements 10 et 11

Sans observation.

Amendement 12

L’amendement sous revue envisage la suppression de la possibilité de prendre un règlement grand-ducal pour déterminer les modalités d’attribution du droit aux soins palliatifs dans le cadre de l’assurance maladie, envisagée à l’article 17 du Code des assurances sociales, au motif que l’article 22, alinéa 1, dudit code prévoit la possibilité de déterminer les prestations dans le cadre des statuts.

Ce raisonnement paraît valable pour l’assurance maladie. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que si la prise en charge des soins palliatifs se fait en dehors du milieu hospitalier, elle nécessite l’intervention conjointe de l’assurance maladie et de l’assurance dépendance. Or, dans cette branche de risque, la détermination des modalités de la prise en charge des prestations se fait exclusivement dans un cadre réglementaire.

Le recours au règlement grand-ducal pourrait dès lors s’avérer nécessaire s’il s’agit de fixer des modalités d’application en cas d’interférence avec l’assurance dépendance. D’ailleurs, l’alinéa 2 du même article 17 du Code des assurances sociales prévoit pareillement un règlement grand-ducal pour la détermination des cas de simple hébergement.

D’après le Conseil d’Etat, il y a dès lors lieu de faire abstraction de l’amendement envisagé.

Amendement 13

Sans observation.

Amendement 14

Il est renvoyé aux développements faits dans le cadre de l’amendement 12. De l’avis du Conseil d’Etat, l’amendement sous examen est à retirer.

Amendements 15 et 16

Sans observation.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 11 décembre 2007.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Alain MEYER

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/06

N° 4909⁶

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

* * *

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

(14.2.2008)

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

N.B.: La Coautrice et Corapportrice 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. INTRODUCTION

Depuis longtemps, l'euthanasie et l'assistance au suicide sont des actes qui sont pratiqués tous les jours, le plus souvent dans la clandestinité.

Pour répondre à cet état des choses peu satisfaisant, quelques pays en Europe ont légiféré en la matière. Il en est ainsi notamment de la Suisse où l'article 115 du Code pénal stipule que seul celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide ou lui aura prêté assistance, sera puni d'une peine d'emprisonnement de 5 ans au plus. De ce texte il résulte implicitement que celui qui n'a pas été poussé par un tel mobile égoïste ne serait pas punissable lorsqu'il incite ou assiste au suicide d'une tierce personne.

Par ailleurs, nos deux partenaires du Benelux, les Pays-Bas et la Belgique, ont voté des lois sur l'euthanasie et l'assistance au suicide respectivement en 2001 et en 2002. C'est de la loi belge que les auteurs se sont inspirés pour la rédaction de la présente proposition de loi.

Finalement, des lois existent également dans l'Etat d'Oregon aux Etats-Unis d'Amérique, ainsi qu'en Chine et en Colombie.

*

II. CONTENU DE LA PROPOSITION DE LOI

La proposition de loi Err-Huss s'inspire largement du texte de loi belge de 2002 qui définit comme „euthanasie“ l'acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

Aux termes de la proposition de loi, le médecin qui pratique l'euthanasie ou une assistance au suicide ne commet pas d'infraction à condition que les conditions suivantes soient respectées:

- le patient doit être majeur ou mineur émancipé;
- le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue;

- le patient doit faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration;
- le patient doit former une demande de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée qui ne doit pas résulter d'une pression extérieure;
- le patient doit être informé par le médecin de son état et des possibilités médicales et
- le médecin traitant est tenu de consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection.

Ces conditions précises et restrictives correspondent aux termes de la résolution sur l'euthanasie telle qu'elle a été refusée en 2003 à la Chambre des Députés par 28 voix contre, 27 votes pour et 1 abstention.

Une partie importante de la proposition de loi porte sur le testament de vie. Ce testament de vie consigne par écrit la volonté d'une personne majeure ou mineure émancipée qu'un médecin pratique une euthanasie s'il constate que:

- la personne est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- la personne est inconsciente;
- la situation de santé de la personne concernée est irréversible selon l'état actuel de la science.

Le testament de vie peut également comprendre des dispositions quant au mode de sépulture.

Il peut être fait à tout moment et doit être constaté par écrit, daté et signé par le déclarant. Le testament de vie sera enregistré dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique auprès de la Direction de la Santé publique. Il peut être réitéré, retiré ou adapté à tout moment. Les dispositions d'un tel testament s'imposent au médecin pratiquant sous les mêmes conditions que s'il s'agissait d'une demande orale ou dictée par écrit du patient.

La présente proposition vise également l'instauration d'une Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation composée de neuf membres – trois médecins, trois personnes issues des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable et trois personnes engagées dans la société civile. La Commission établit un modèle d'une déclaration officielle qui doit être complété par le médecin et adressé à la Commission après chaque euthanasie. La Commission saisie d'une telle déclaration, vérifie si les conditions et la procédure prévue par le présent texte ont été respectées. Lorsqu'elle estime que toutes les conditions n'ont pas été respectées elle communique sa décision au médecin et envoie le dossier au parquet pour décider s'il y a lieu à poursuite pénale.

La proposition initiale prévoyait ladite déclaration ex ante. Par la suite, des amendements introduits en cours de procédure ont eu pour objet le remplacement du contrôle ex ante à toute euthanasie ou assistance au suicide par la Commission par un contrôle ex post. Les auteurs de la proposition de loi ont finalement opté pour la procédure prévue par la loi belge qui a fait ses preuves.

Il résulte en effet des deux rapports d'évaluation (2002-2003 et 2004-2005) faits en Belgique, qu'en matière de précaution et de prévention d'abus éventuels, le modèle prévu par la loi belge est amplement suffisant. De plus, un contrôle préalable à toute euthanasie comporterait le risque de ralentir inutilement la procédure.

Le texte de la proposition de loi précise qu'aucun médecin ne peut être tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.

*

III. CONTEXTE DU DEBAT SUR L'EUTHANASIE

Le droit à la vie

Lorsqu'une personne demande de mourir parce qu'elle ne peut plus supporter une vie indigne causée par une maladie incurable, la question de la légitimité de cette demande se pose. En fait, deux concepts s'opposent en matière d'euthanasie, celui du droit à la vie et celui du droit à l'autodétermination.

Le Sénat belge s'est posé la question, si en dépénalisant l'euthanasie, le législateur ne manque pas à son devoir de protéger le droit à la vie. Il analyse la jurisprudence de la Cour européenne et retient que „l'importance de l'obligation de protéger le droit à la vie qui incombe aux autorités doit s'inter-

préter notamment au regard du droit à l'autodétermination. Dans ce cadre, il faudra tenir compte de l'intensité de la volonté de l'intéressé“.

Partant de ce constat, le Conseil d'Etat de Belgique affirme „*qu'on aperçoit mal à quel droit une personne renonce lorsqu'elle sollicite elle-même un traitement déterminé. Le fait qu'une personne demande à ce qu'il soit mis fin à ses jours ne signifie pas qu'elle renonce au droit de protection de sa vie. Il semble au contraire que cette personne „exerce“ elle-même ce droit en fixant les limites de la protection qu'elle souhaite personnellement*“.

Les conventions internationales en matière de droits de l'Homme prévoient l'obligation de l'Etat de protéger le „droit à la vie“ et non l'obligation pour les autorités de protéger „la vie“ même. On est en droit d'en déduire qu'une dépénalisation de l'euthanasie est conforme aux dispositions des conventions internationales en question.

Une loi sur l'euthanasie ne doit cependant pas toucher aux dispositions du Code pénal qui répriment l'assassinat, le meurtre ou la mort par imprévoyance ou négligence. La proposition de loi satisfait à cette exigence en ne dépénalisant l'euthanasie que dans le cadre de conditions bien précises.

Les risques de dérapage

Un argument principal des opposants à une dépénalisation de l'euthanasie est le risque d'abus. Des personnes malades ou âgées risqueraient d'être soumises à des pressions, de la part de leurs proches par exemple, afin qu'ils consentent à une euthanasie. Les motifs d'une telle demande pourraient être diverses: une charge émotionnelle trop lourde à supporter par les proches ou l'attente d'un héritage sont parmi les plus cités.

A cet argument, il y a lieu de répliquer que l'absence de législation sur l'euthanasie et partant de contrôle y relatif ne signifie pas qu'il n'y a pas d'euthanasie, mais qu'il n'existe aucun contrôle.

Par ailleurs, il est intéressant de citer à ce propos quelques chiffres clefs du rapport d'évaluation belge concernant la période 2004-2005.

En moyenne, la commission belge a reçu 371 dossiers par an, ce qui, projeté à la population du Luxembourg, reviendrait à quelque 17 cas d'euthanasie par an. Ces chiffres constituent en Belgique 3,6 pour mille des décès, et proportionnellement signifieraient pour le Luxembourg quelque 4,5 pour mille.

Par ailleurs, le rapport confirme que l'âge avancé ne semble pas constituer en soi un facteur favorisant l'euthanasie alors que 77% des euthanasies concernent des personnes qui ont entre 40 et 79 ans.

En Belgique, seulement 13 euthanasies, ce qui signifierait proportionnellement pour le Luxembourg une euthanasie par an, ont été pratiquées sur base d'une déclaration anticipée, alors que le patient était inconscient.

Aucun des dossiers évalués par la commission ne comportait des „*éléments faisant douter du respect des conditions de fond de la loi et aucun dossier n'a donc été transmis à la justice*“.

Une partie importante des euthanasies, c.-à-d. 39% ont été pratiquées au domicile du patient. 5% seulement ont été pratiquées dans des institutions destinées à accueillir des personnes âgées et les autres à l'hôpital.

De toutes les affections à l'origine des euthanasies, la grande majorité d'entre elles étaient des cancers (83% du nombre d'euthanasies pratiquées). Le second diagnostic, en terme de fréquence, est celui d'affection neuromusculaire évolutive mortelle (6%). Etant donné ces affections mortelles, 93% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients dont le décès était prévisible à courte échéance.

Ainsi, il ressort de ces chiffres que les risques allégués de dérapages ne sont pas fondés.

Les sondages réalisés au Luxembourg

Plusieurs sondages ont été réalisés sur l'euthanasie depuis les années 80.

Le premier sondage effectué en 1989 par la société ILRES pour le compte du quotidien luxembourgeois Tageblatt a révélé qu'une majorité de la population se prononce en faveur de l'euthanasie. A la question „*Im Fall einer schweren und unheilbaren, mit unerträglichem Schmerz verbundenen Krankheit:*

Hat der Kranke das Recht auf Sterbehilfe, wenn er darum fragt?“ 71% des gens ont répondu par l’affirmative, 16% ont rejeté une telle aide et 13% étaient sans opinion.

Une enquête menée en 1994 auprès des juristes luxembourgeois a permis de constater que 91% des juristes ayant répondu, étaient d’avis que toute personne a le droit de décider du moment de sa mort, 89% approuveraient qu’un médecin puisse prêter assistance à une personne qui veut mourir. Plus de 60% attribuait à l’époque une validité juridique à un testament biologique (testament de vie), plus de la moitié estimait que ce testament devrait être confirmé à intervalles réguliers.

Dans le cadre des travaux sur la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité ainsi que le projet de loi relative aux soins palliatifs, l’Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD) a, en 2007, sondé l’opinion de ses membres. Pour ne citer que les réponses rentrant dans le cadre de la présente proposition de loi, on peut retenir que 36% des médecins se sont déclarés en faveur de cette dernière en tant que médecins. Le niveau d’acceptation augmente à 54% si les médecins s’expriment en tant que patient ou citoyen.

Soins palliatifs et euthanasie

Il faut remarquer que la médecine palliative et l’euthanasie ne s’excluent nullement, mais sont complémentaires. Une personne malade et souffrante doit avoir le choix des soins palliatifs et/ou de l’euthanasie. Des soins palliatifs peuvent d’ailleurs très bien être prodigués avant que le patient ne veuille recourir à une euthanasie.

La différence essentielle entre les soins palliatifs et l’euthanasie, est celle que les soins palliatifs et plus précisément la sédation palliative ne concernent que les patients souffrant d’une maladie en phase terminale pour accélérer une mort prévisible à court terme.

L’euthanasie permettrait également à des personnes comme Vincent Humbert de mourir dans la dignité, si tel est leur souhait. Un déficit dans la loi française „Leonetti“, dont se sont largement inspirés les auteurs du projet de loi sur les soins palliatifs, est le manque de prise en compte de la volonté du patient désirant mourir, même s’il n’est pas en phase terminale de sa vie.

Ainsi, la proposition de loi prévoit le respect de la volonté d’une personne qui n’est pas en stade terminal dans des conditions bien précises.

L’évolution du débat au Luxembourg depuis les années 90

Le premier débat public à la Chambre des Députés a été lancé par une interpellation au sujet de l’accompagnement thérapeutique des malades mourants ainsi que du droit de mourir dans la dignité, initiée par M. Jean Huss en 1996. Lors de ce débat, une Commission spéciale parlementaire „éthique“ a été instaurée et chargée de la préparation d’un débat d’orientation pour définir les futures démarches à entreprendre en ce qui concerne les questions cruciales relatives à la mort d’une personne en stade terminal d’une maladie grave et incurable.

La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers accorde plus de droits aux patients et prévoit notamment le droit d’être informé et de refuser ou d’accepter toute intervention diagnostique ou thérapeutique.

En ce qui concerne plus particulièrement les dispositions de fin de vie, l’article 43 dispose „*qu’en cas d’affection incurable et terminale, le médecin traitant hospitalier doit apaiser les souffrances physiques et morales du patient en lui donnant les traitements appropriés, en évitant tout acharnement thérapeutique sans espoir et en maintenant pour autant que possible la qualité de la survie. Le médecin doit assister le mourant jusqu’à la fin et agir de façon à permettre au patient de garder sa dignité. De même offrira-t-il aux proches du patient l’assistance adéquate pour soulager leurs souffrances en rapport avec cette situation. A l’approche de la mort, le patient a le droit d’être accompagné en permanence par au moins une personne de son choix dans des conditions respectant sa dignité.*“

Lors du débat d’orientation du 16 mars 1999 sur la médecine palliative, l’acharnement thérapeutique et l’euthanasie, préparé par la Commission spéciale „éthique“, on s’est accordé sur la nécessité de renforcer l’offre tant qualitative que quantitative en soins palliatifs et sur l’utilité d’un testament de vie. La question de savoir si ce testament doit avoir force contraignante est cependant restée sans réponse.

Aucun consensus n’avait été trouvé en ce qui concerne l’euthanasie. Les membres de la commission spéciale ont retenu que „(...) *les soins palliatifs et l’euthanasie ne s’excluent nullement. Il s’agit de*

deux différentes façons d'envisager la fin de vie et ceux qui plaident pour une dépenalisation de l'euthanasie volontaire estiment simplement qu'il faut laisser à la personne concernée de l'euthanasie le choix entre ces deux alternatives qui sont aussi humaines et dignes l'une que l'autre."

En conclusion du débat d'orientation, une résolution portant sur l'introduction dans la législation luxembourgeoise du concept du testament de vie, ainsi que sur l'enregistrement systématique de ces testaments de vie auprès de la Direction de la Santé a été adoptée.

Deux motions portant sur l'extension de l'offre des soins palliatifs et une motion portant sur l'abstention de recourir à l'acharnement thérapeutique ont été adoptées. Une autre résolution, préconisant „une modification du code pénal introduisant des dispositions permettant de rendre l'euthanasie volontaire non punissable sous certaines conditions très précises“ a été refusée par une majorité de 26 voix contre, 22 pour et 4 abstentions.

Lors de la Déclaration sur l'Etat de la Nation le 3 mai 2001, le Premier Ministre a déclaré que le gouvernement souhaitait relancer le débat sur l'euthanasie „sans œillères, sans barrières idéologiques, sans opinions préconçues“.

Un deuxième débat d'orientation sur la médecine palliative, l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie en date du 12 mars 2003 n'a guère permis de dégager de nouveaux consensus. Les motions adoptées portaient globalement sur les mêmes sujets que celles de 1999.

Une résolution „en faveur de la dépenalisation de l'euthanasie sous certaines conditions, éventuellement par le biais d'une justification légale ou d'une excuse“, a été rejetée de justesse à 28 voix pour et 27 voix contre et une abstention, révèle cependant une augmentation de cinq votes en faveur d'une dépenalisation conditionnelle de l'euthanasie.

En date du 19 février 2004, le projet de loi 5303 relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie est déposé à la Chambre des Députés par M. le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, Carlo Wagner.

Suite à l'affaire du jeune Vincent Humbert, la France a adopté la loi dite „Leonetti“ relative aux droits des malades et à la fin de vie. Cette loi permet au médecin d'éviter l'acharnement thérapeutique et au patient la possibilité de refuser un traitement et d'établir des directives anticipées relatives à la fin de vie que le médecin doit respecter. La loi préconise le recours aux soins palliatifs pour sauvegarder la dignité de la personne mourante, et permet le recours substantiel aux antidouleurs, même si ce traitement entraîne une mort plus rapide.

Cette loi permet l'administration de médicaments antidouleurs tellement forts même s'ils ont pour effet secondaire de provoquer la mort alors que l'administration de médicaments dont la mort rapide serait le but premier, est interdite. Par ailleurs, elle ne permet pas de couvrir les cas de patients qui désirent mourir en raison de leur santé défaillante et sans espoir d'amélioration et qui ne sont pas pour autant en stade terminal.

Le programme gouvernemental d'août 2004 disposait que „le projet de loi No 5303, relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie, fera l'objet d'un réexamen à la lumière des avis du Conseil d'Etat et des autres organismes consultés. Il sera également tenu compte de l'évolution du dossier sur le plan international.“

Ainsi, en date du 7 juin 2006, le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et la Ministre de la Famille et de l'Intégration ont déposé un nouveau projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, s'inspirant largement de la loi Leonetti et proposant différents changements par rapport au projet de loi 5303.

A côté de l'introduction d'une base légale nécessaire pour la mise en œuvre des instruments indispensables à l'organisation et à la prise en charge des soins palliatifs, le projet de loi en question met à l'abri de toute poursuite pénale ou civile le médecin qui, en présence d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale, s'abstient de recourir aux grands moyens thérapeutiques ne pouvant avoir comme seul effet que de prolonger la survie, sans en améliorer la qualité.

Pour le malade en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, le projet de loi prévoit, tout comme la loi Leonetti, la possibilité d'un traitement de la douleur pouvant avoir comme effet secondaire d'abrèger la vie. Le médecin doit en informer le patient et recueillir son consentement.

Le projet de loi retient l'idée du projet de loi 5303 de la „directive anticipée“, une sorte de testament de fin de vie, où la volonté relative aux conditions, à la limitation et à la suspension du traitement peut

être exprimée par toute personne, pour le cas où, atteinte d'une maladie incurable, elle est incapable d'exprimer sa volonté.

*

IV. PROCEDURES ET TRAVAUX EN COMMISSION

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.

Au cours de la réunion du 2 juillet 2002, la Commission spéciale „éthique“ a entendu une première présentation de la proposition de loi.

Par ailleurs, la proposition de loi n'a pas suscité un grand intérêt: ni le gouvernement d'antan, ni le gouvernement issu des élections législatives de 2004 n'ont pris une position sur le sort à réserver à ladite proposition de loi. Quant au Conseil d'Etat, un premier avis ne paraît que le 13 juillet 2007 conjointement avec l'avis sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs.

En date du 11 juin 2007, les auteurs ont introduit des amendements à leur proposition de loi.

La présentation et l'examen du premier avis du Conseil d'Etat étaient à l'ordre du jour de la réunion du 13 septembre 2007. Compte tenu de l'avis intégré du Conseil d'Etat portant à la fois sur le projet de loi 5584 et sur la proposition de loi 4909, la commission a procédé à un examen parallèle des deux textes.

Lors de sa réunion du 11 octobre 2007, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a désigné Mme Lydie Err et M. Jean Huss comme rapporteurs de la proposition de loi.

En raison de la modification du règlement de la Chambre des Députés qui détermine le suivi des propositions de loi, intervenue depuis 2002, il a été décidé en séance publique du 23 octobre 2007, de prendre en considération tant la proposition que les amendements y relatifs.

En date du 22 novembre 2007 les amendements de la proposition de loi ont été exposés par M. Jean Huss au sein de la commission.

Le texte amendé de la proposition de loi a été envoyé le 4 décembre 2007 au Conseil d'Etat qui a émis un avis complémentaire le 11 décembre 2007.

Au cours de la réunion du 17 janvier 2008 de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, la proposition de loi a été présentée et discutée.

L'Association des Médecins et Médecins-Dentistes a émis un premier avis le 18 juin 2002 et un avis complémentaire le 19 novembre 2007.

Suite à la présentation de la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité lors de la réunion du 17 janvier 2008, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a procédé à un bref échange de vues dont il y a lieu de retenir:

- que contrairement à la déclaration gouvernementale de 1999 qui prévoyait expressément que l'euthanasie active ne serait pas autorisée au cours de la période législative 1999-2004, la déclaration gouvernementale de la législature en cours ne s'est pas formellement exprimée sur ce point en se limitant à se prononcer pour l'évacuation du projet sur les soins palliatifs à amender au vu notamment de l'évolution au plan international;
- qu'il est proposé de procéder, pour le moins pour les points exprimant des idées communes, à une harmonisation terminologique entre les dispositions correspondantes du projet et de la proposition de loi. Il en est ainsi par exemple pour les concepts respectifs de directive anticipée et de testament de vie;
- que M. le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, Mars di Bartolomeo, rappelle que le Gouvernement attache une très grande importance au projet de loi sur les soins palliatifs et à sa prochaine évacuation et mise en œuvre et qu'il s'en remet au choix du Parlement quant aux suites à donner à la proposition de loi sur laquelle il n'entend donc pas prendre position quant au fond.

*

V. LES AVIS

Association des Médecins et Médecins-Dentistes

L'avis de l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD) du 18 juin 2002 rappelle l'article 45 du Code de déontologie médicale et une résolution du comité permanent des médecins européens sur l'euthanasie et l'obstination thérapeutique déraisonnable tout en déclarant cependant être pleinement consciente du fait que „*si ces deux textes reflètent l'opinion d'une majorité du corps médical, ils ne reflètent certainement pas l'opinion de la totalité de ses membres et que des avis séparés nettement plus radicaux dans un sens comme dans l'autre existent*“.

Quant au testament de vie, l'AMMD en approuve l'idée ainsi que le contreseing par deux personnes ayant la confiance du testataire.

Elle exprime cependant des réserves quant à l'utilité d'enregistrer ces testaments de vie auprès de la Direction de la Santé, alors que les modalités relatives à l'enregistrement ne sont pas définies par la proposition de loi. L'AMMD estime qu'il suffirait amplement d'inclure le testament de vie dans le dossier du patient. Des complications administratives inutiles pourraient ainsi être évitées dans l'intérêt du patient.

Dans son avis de 2002, l'AMMD avait rejeté l'approche lente, lourde et administrative ex ante de la déclaration officielle à la commission d'évaluation.

Les auteurs de la proposition de loi ont tenu compte de cette dernière critique dans leurs amendements présentés le 11 juin 2007.

En conclusion, l'AMMD salue le projet de loi relatif aux soins palliatifs, mais refuse la proposition de loi sur l'euthanasie tout en considérant que le corps médical est divisé sur la question, ce qui résulte de leur sondage réalisé en 2007.

Les auteurs de la proposition de loi sont dans ce contexte d'avis qu'une loi dépénalisant l'euthanasie ne changera pas la conscience des médecins. Tous garderont leur éthique, leur tempérament, leur conviction philosophique et/ou religieuse. Ils sont en cela aussi divers que la communauté des patients qu'ils servent et c'est très bien ainsi. Chacun peut ainsi trouver un interlocuteur à son diapason. Une loi sur l'euthanasie ne crée pas d'obligation ni pour le patient ni pour le médecin. Elle se contente de dépénaliser un acte résultant de la rencontre de deux libertés.

Une telle conception est conforme au serment d'Hippocrate: guérir quand on le peut, soulager et consoler toujours. Dans certaines conditions de grande souffrance, physique ou morale, et si le patient le demande, cela peut aller, non pas jusqu'à tuer, mais à permettre une mort digne et désirée.

Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat a émis son avis, qui porte conjointement sur la proposition de loi relative au droit de mourir en dignité et sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs, le 13 juillet 2007. La Haute Corporation retient essentiellement ce qui suit: „*Reste que même si les souffrances de la personne en fin de vie peuvent être soulagées efficacement, il est prévisible que la sédation palliative ne soit pas perçue par chaque individu comme la situation idéale pour terminer sa vie, par référence à sa dignité actuelle, telle qu'il la conçoit sur le plan personnel et subjectif. (...) Quelle que soit la définition de la notion de dignité humaine sur laquelle on veuille s'appuyer, celle-ci ne permettra pas d'établir de manière éthique l'équivalence entre laisser mourir et faire mourir.*“

Dans son avis complémentaire du 11 décembre 2007, le Conseil d'Etat ne se prononce pas en détail sur les dispositions amendées de la proposition de loi et se limite à conclure à l'incompatibilité de la proposition de loi avec le projet de loi relatif aux soins palliatifs.

Chambre de Travail

Dans son avis sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs, la Chambre de Travail – à l'exception d'une fraction minoritaire – s'est prononcée pour une extension des dispositions du projet de loi, soutenant ainsi l'idée fondamentale de la proposition de loi: „*Le fait que le présent projet de loi ne permet pas à l'individu de disposer de sa propre vie, mais uniquement d'accepter les soins palliatifs, qui, de toute façon, sont obligatoires de par la loi, rend par ailleurs superflu l'institution d'une „directive anticipée“ (testament de vie).*“

Voilà pourquoi notre chambre exige que l'euthanasie soit incorporée dans le projet de loi afin de permettre à l'individu tant de déterminer lui-même le moment et les conditions de mourir et de lui fournir ainsi une alternative par rapport aux soins palliatifs que de donner également une raison d'être à l'institution de la „directive anticipée“.

*

VI. CONCLUSIONS

Les auteurs de la proposition de loi ne partagent pas l'appréciation de la Haute Corporation, soulignant toujours que la proposition de loi prévoit une disposition complémentaire par rapport au projet de loi sur les soins palliatifs, qui ne revêt aucun caractère exclusif.

Or, il est évident que d'un point de vue purement formel, une approbation par la Chambre des Députés de la proposition de loi rendra nécessaire une adaptation de l'actuel projet de loi sur les soins palliatifs afin de le compléter voire modifier sur certains points, notamment la terminologie et le contenu de la directive anticipative, mais avant tout une modification du Code de déontologie.

Quant au fond, les auteurs de la proposition de loi restent convaincus que la dignité à laquelle chaque être humain a droit devra se refléter dans les conditions de son décès et recommandent à la Chambre des Députés d'approuver le texte de la proposition de loi tel qu'il suit.

*

VII. TEXTE COORDONNE PROPOSE PAR LES RAPPORTEURS

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 tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait d'aider intentionnellement une autre personne à se suicider ou de procurer à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande de celle-ci.

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

Art. 2.– 1. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que:

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
 - le patient mineur entre 16 et 18 ans ayant demandé l'interruption de la vie peut se prévaloir de l'autorisation des parents ou de la personne jouissant de l'autorité parentale;
 - la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
 - 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 et indépendamment du fait qu'elle résulte d'une affection accidentelle ou pathologique;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

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:

- 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;
- 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;

- 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;
- 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;
- sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;
- s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

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 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.

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 médecin 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.

Chapitre III – Le testament de vie

Art. 3.– 1. Toute personne majeure ou mineure émancipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans un testament 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 le testament 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.

Le testament de vie peut 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 le testament de vie le déclarant peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à leur égard.

Le testament de vie peut être fait à tout moment. Il doit être constaté par écrit, daté et signé par le déclarant.

2. Si la personne qui souhaite faire un testament de vie est dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, son testament de vie peut être acté 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. Le testament de vie se fera en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'est ni l'héritier légal, ni le légataire universel du déclarant. Le testament de vie doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Le testament de vie doit être daté et signé par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe au testament de vie.

Le testament de vie sera enregistré dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des testaments de vie auprès de la Direction de la Santé.

Le testament de vie peut être réitéré, retiré ou adapté à tout moment. La Direction de la Santé est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant.

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.

3. Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite d'un testament de vie tel que prévu aux alinéas 1er et 2, ne commet pas d'infraction s'il constate:

- que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
 - qu'il est inconscient,
 - 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:

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

Le testament 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. 4.– Le médecin qui pratique une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 6, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation visée à l'article 5 de la présente loi.

Chapitre V – La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation

Art. 5.– 1. Il est institué une Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.

2. La Commission se compose de neuf membres, désignés par la Chambre des Députés 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, trois membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable et trois membres sont des personnes engagées dans la société civile.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition que la moitié de ses membres soit présente.

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

Art. 6.– 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 un testament de vie et qu'il désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).

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'article 7 alinéa 2, de la Commission, et 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:

- le sexe, la date et le lieu de naissance 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;
- si l'on peut estimer que le décès aura lieu à brève échéance;
- s'il existe un testament de vie;
- la procédure suivie par le médecin;
- la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et la date de ces consultations;
- la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations;
- les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a l'intention de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.

Art. 7.– 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 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, la Commission estime que les conditions prévues 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 parquet.

Art. 8.– 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 7;
- 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 7.

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. 9.– 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 seront fixés par règlement grand-ducal.

Art. 10.– Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés au budget du ministère de la Santé.

Art. 11.– 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. 12.– Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la Commission, visés à l'article 8, 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 – Dispositions particulières

Art. 13.– 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.

Art. 14.– La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Luxembourg, le 14 février 2008

Les Corapporteurs,

Lydie ERR

Jean HUSS

La Présidente,

Lydia MUTSCH

4909/07

N° 4909⁷

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

* * *

**REFUS DE LA DISPENSE DU SECOND VOTE CONSTITUTIONNEL
PAR LE CONSEIL D'ETAT**

(4.3.2008)

Le Conseil d'Etat,

appelé par dépêche de la Secrétaire d'Etat aux Relations avec le Parlement du 21 février 2008, à délibérer sur la question de dispense du second vote constitutionnel de la

**PROPOSITION DE LOI
sur le droit de mourir en dignité**

qui a été adoptée par la Chambre des députés dans sa séance du 19 février 2008 et dispensée du second vote constitutionnel;

Vu ladite proposition de loi et les avis émis par le Conseil d'Etat en ses séances des 13 juillet 2007 et 11 décembre 2007;

refuse

la dispense du second vote constitutionnel.

Ainsi décidé en séance publique du 4 mars 2008.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Alain MEYER

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/08, 5584/13

**N^{os} 4909⁸
5584¹³**

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

PROJET DE LOI

relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à
l'accompagnement en fin de vie et modifiant:

1. le Code des assurances sociales;
2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
4. le Code du travail

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Dépêche du Premier Ministre au Président de la Chambre des Députés (12.3.2008)	1
2) Dépêche du Président de l'Association des médecins et médecins-dentistes au Premier Ministre (21.2.2008)	2

*

**DEPECHE DU PREMIER MINISTRE
AU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES**

(12.3.2008)

Objet: Lettre de l'Association des médecins et médecins-dentistes du 21 février 2008 concernant le projet de loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité.

Monsieur le Président,

Me référant à la récente adoption en première lecture par la Chambre des Députés des deux textes mentionnés sous rubrique, j'ai l'honneur de vous faire parvenir un courrier que l'Association des médecins et médecins-dentistes vient de m'adresser à ce sujet.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

*Le Premier Ministre,
Ministre d'Etat,
Jean-Claude JUNCKER*

**DEPECHE DU PRESIDENT DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS
ET MEDECINS-DENTISTES AU PREMIER MINISTRE**

(21.2.2008)

Monsieur le Premier Ministre,

Le 19 février 2008, la Chambre des Députés a voté la loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie ainsi que la loi sur le droit de mourir en dignité.

La représentation professionnelle des médecins et médecins-dentistes a été consultée en cours d'élaboration de la loi relative aux soins palliatifs et la Commission de la Santé et de la Sécurité Sociale a largement tenu compte des propositions de l'AMMD.

Malheureusement un tel processus de consultation n'a pas eu lieu lors de l'élaboration de la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité.

L'AMMD souhaite vivement être entendue dans le cadre de l'harmonisation de ces deux textes de loi.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Premier Ministre, à l'expression de nos sentiments très distingués.

Pour le conseil d'administration,

Le Président,
Dr Jean UHRIG

Le Secrétaire général,
Dr Claude SCHUMMER

4909/09, 5584/14

**N^{os} 4909⁹
5584¹⁴**

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

PROJET DE LOI

relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à
l'accompagnement en fin de vie et modifiant:

1. le Code des assurances sociales;
2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
4. le Code du travail

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Dépêche de la Secrétaire d'Etat aux Relations avec le Parlement au Président de la Chambre des Députés (11.4.2008)	1
2) Dépêche du Président du Conseil d'Etat au Premier Ministre (10.4.2008).....	2

*

**DEPECHE DE LA SECRETAIRE D'ETAT AUX RELATIONS AVEC LE
PARLEMENT AU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES**

(11.4.2008)

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir en annexe copie d'une lettre de Monsieur le Président du Conseil d'Etat adressée à Monsieur le Premier Ministre, Ministre d'Etat au sujet du refus par la Haute Corporation du second vote constitutionnel à la proposition de loi et au projet de loi sous rubrique.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

*La Secrétaire d'Etat aux Relations,
avec le Parlement,
Octavie MODERT*

*

**DEPECHE DU PRESIDENT DU CONSEIL D'ETAT
AU PREMIER MINISTRE**

(10.4.2008)

Monsieur le Premier Ministre,

Dans sa séance publique du 4 mars 2008, le Conseil d'Etat a refusé de dispenser tant le projet de loi que la proposition de loi sous rubrique du second vote prévu par l'article 59 de la Constitution.

Le Conseil d'Etat juge opportun de porter à votre connaissance la raison de ces refus.

Dans son avis complémentaire du 11 décembre 2007 sur le projet de loi No 5584 et la proposition de loi No 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.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Ministre, l'assurance de ma haute consid eration.

Le Président du Conseil d'Etat,
Alain MEYER

4909/10

N° 4909¹⁰

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI**sur le droit de mourir en dignité par l'euthanasie
et l'assistance au suicide**

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
<i>Amendements adoptés par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	
1) Dépêche du Président de la Chambre des Députés au Président du Conseil d'Etat (3.6.2008).....	1
2) Document synoptique.....	16

*

**DEPECHE DU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES
AU PRESIDENT DU CONSEIL D'ETAT**

(3.6.2008)

Monsieur le Président,

Me référant à l'article 19 (2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, j'ai l'honneur de vous faire parvenir ci-après une série d'amendements à la proposition de loi mentionnée sous rubrique, que la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a adoptés dans ses réunions des 22 et 28 mai 2008. Ces amendements ont été apportés au texte voté par la Chambre des Députés le 19 février 2008 et auquel le Conseil d'Etat a refusé la dispense du second vote constitutionnel dans sa séance du 4 mars 2008.

Dans le cadre de l'instruction de la proposition de loi, des membres de la Commission ont introduit une deuxième série d'amendements qui ont été examinés par la commission, sans toutefois recueillir la majorité des voix et qui de ce fait sont qualifiés d'„amendements minoritaires“ dans la suite.

A la demande de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, je vous prie, M. le Président, de bien vouloir inviter le Conseil d'Etat à se prononcer également sur ces amendements dans son avis complémentaire sur la proposition de loi.

A toutes fins utiles, est joint en annexe un document synoptique juxtaposant:

- le texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008,
- le texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale,
- les amendements minoritaires.

*Intitulé**Amendement minoritaire 1*

L'amendement a pour objet de modifier l'intitulé de la proposition de loi en „Proposition de loi sur l'aide à mourir“.

Au titre de motivation, les auteurs de l'amendement font valoir que la proposition de loi organise et structure une procédure selon laquelle une aide à mourir peut être pratiquée en des conditions strictes.

Elle n'a pas d'autre objet. Il n'est pas légitime d'insinuer que ceci constituerait la seule manière digne de mourir. Or, un intitulé de la proposition de loi qui se référerait à la dignité ferait précisément cela: il laisserait entendre ou sous-entendre que seule la mort provoquée pourrait être une mort digne. Cela n'est pas acceptable. Dès lors, il y a lieu de rapporter l'intitulé de la proposition de loi à l'objet qui est le sien: l'aide à mourir, pratiquée dans les conditions et suivant la procédure qu'elle établit.

Amendement 1

Reconnaissant partiellement le bien-fondé de l'argumentation à la base de l'amendement minoritaire ci-dessus exposé, la commission propose 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**“.*

Il est ainsi implicitement souligné que ces deux formes de mort provoquée ne sont pas les seules manières de mourir dignement.

Article premier

Amendement 2

La commission propose de remplacer à l'article 1er le terme „tiers“ par celui de „médecin“, de sorte que cet article se lise 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 entend 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'impose 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.

Amendement minoritaire 2

Concernant ce même article, la commission est saisie d'une proposition d'amendement 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 est relevé que le terme d'„euthanasie“ ne doit pas recevoir de consécration légale dans le seul sens d'une aide active à mourir. En effet, étymologiquement, une euthanasie est une „bonne mort“, une mort douce, digne, se concevant en dehors de souffrances insupportables la précédant et la laissant apparaître comme la délivrance suprême. L'euthanasie n'est pas un acte; c'est la description d'une manière de mourir, au contraire d'autres apparitions du „thanatos“, de la mort, qui ne sont pas „eu“, mais „kakos“, mauvais. Dès lors, 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. Voilà pourquoi il est proposé de ne parler que d'„aide à mourir“ à travers l'ensemble du texte de la proposition de loi. La nature étendue de la prise en charge palliative moderne englobant la démarche de ce qui se disait un temps „euthanasie passive“, il n'est plus besoin de différencier entre aide active ou passive à mourir. Une demande d'aide à mourir sort précisément du cadre de la prise en charge palliative.

Il va de soi que cette expression englobe l'aide au suicide sans qu'elle ne doive être expressément mentionnée ou définie. Prodiguer une aide à mourir ne doit effectivement pas se limiter à un acte médical effectué intégralement par le médecin. Une telle aide peut très bien consister en la fourniture d'un cocktail lytique à une personne souhaitant mourir, mais voulant en même temps rester elle-même maître de cet acte final de sa vie.

Article 2

Amendement 3

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. 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.

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. Dans ce contexte, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale reprend ainsi les suggestions d'une note du Ministère de la Santé relative aux incompatibilités ou incohérences entre le projet de loi 5584 et la proposition de loi 4909.

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**“:*

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**.“*

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**.“*

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**“:*

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**“;*

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.**“

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.~~“

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.“

*

Concernant ce même article 2, la commission transmet 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 cet amendement font valoir qu’à „la lumière des représentations faites en la matière par le corps médical et les spécialistes en médecine palliative, que les demandes d’aide à mourir devraient être exceptionnelles, tout comme le fait de la prodiguer. Cette „exception d’euthanasie“, comme certains l’ont qualifiée, doit se concevoir comme la dernière aide qu’un médecin peut proposer à son patient, alors que toutes les options de traitements curatifs et palliatifs sont épuisées ou inopérantes. Dans la mesure où un projet de loi à voter au même moment que la proposition de loi institue (en fait, rappelle, étant donné que l’article 37 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose déjà que „**Tout patient a accès aux soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert**

son état de santé, conformes aux données acquises par la science et la déontologie.“), un droit aux soins palliatifs, et que l'accès à ces soins sera généralisé tant en milieu hospitalier qu'en dehors de celui-ci, il est à supposer que le recours aux soins palliatifs connaîtra une extension considérable, et fera régresser sensiblement les cas dans lesquels des personnes en fin de vie demanderont une aide active à mourir. Dès lors, il y a lieu de préciser dans cet article que tant la médecine curative que les soins palliatifs devront avoir atteint leurs limites, voire être inopérants ou inapplicables pour les derniers, avant que l'on ne conçoive le recours à l'aide active à mourir.

La loi hospitalière de 1998 prévoyant déjà le „consentement éclairé“ d'un patient à tout traitement qu'il est proposé de lui administrer, il existe déjà au Luxembourg un droit du patient de refuser tout traitement. En fin de vie, ce droit est absolu. Il est également absolu dans le cadre de dispositions de fin de vie qu'une personne aurait rédigées conformément à la présente proposition de loi. Pour rappel, l'article 40 de cette loi dispose notamment ce qui suit:

*„Art. 40. Lors de son admission à l'hôpital ou l'établissement hospitalier spécialisé, ainsi que pendant son séjour hospitalier le patient a, en vue de son consentement éclairé, droit à une information adéquate sur son état de santé ainsi que sur les traitements proposés. Il incombe au médecin traitant d'en informer le patient. Ces informations peuvent être complétées par les autres prestataires de soins dans le respect des règles déontologiques applicables. **Le patient a le droit de refuser ou d'accepter toute intervention diagnostique ou thérapeutique (...).**“*

Ces dispositions seront à respecter par le médecin traitant dans le respect des conditions énoncées par la proposition de loi. Le rappel de cette faculté de refuser tout traitement s'intègre logiquement dans le cinquième tiret proposé comme ajout à la teneur de l'article 2 proposée par les auteurs de la proposition de loi.

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(e)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 introduit 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. Ces actes visent notamment la vérification de l'existence de l'ensemble des conditions établies par la proposition de loi et dans lesquelles une aide à mourir peut être dispensée. Ils incluent également l'interaction avec la personne demandant une aide à mourir, interaction qui a comme but d'assurer le collègue de praticiens que la demande est volontaire, réfléchie, et indépendante de toute influence extérieure susceptible de la vicier.

L'interaction avec le patient doit également permettre de l'informer sur le déroulement et les effets de soins palliatifs et d'une éventuelle sédation palliative, ou terminale.

L'intervention d'un collègue de praticiens, à l'instar de ce qui est prévu par une proposition de loi déposée en France par Laurent Fabius, doit remplir deux objectifs:

- elle rassure le médecin traitant d'une personne demandant une aide à mourir quant au bien-fondé de la décision qu'il entend prendre par rapport à cette demande, et notamment au cas où il souhaite y accéder;
- elle permet une évaluation complète de la situation médicale de la personne demandant une aide à mourir, de manière à établir au-delà de tout doute raisonnable que la condition de cette personne permet de prodiguer 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.

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.

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 directive, celui-ci pouvant se faire via des moyens informatiques.

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

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 lesquels 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.“

*

L'amendement a 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 lors qu'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 collège 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 collège 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.

Enfin, 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.

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.“

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“.

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.

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'évaluation 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'Éthique, 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 soulignent 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.

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 de la commission 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 actuel de la proposition de loi prévoit 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.

Amendement 11

Cet amendement inspiré par un souci de cohérence terminologique consiste à remplacer à l'article 6 (nouvel article 7), au septième tiret (sixième selon l'amendement 11), les termes de „testament de vie“ par ceux de „dispositions de fin de vie“.

*

Concernant l'article 7, la Commission est 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.

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'évaluation de saisir le Parquet.

Amendement minoritaire 11

Cet amendement propose 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“.

*Article 10 (ancien article 9)**Amendement 13*

La commission propose 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 estime que la teneur actuelle 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 sont inscrits dans la loi budgétaire.

*Article 11 (ancien article 10)**Amendement 14*

La commission propose 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'Évaluation, y compris les indemnités de ses membres, sont inscrits à la loi budgétaire.“

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.

*Article 14 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. Or, par définition, ce n'est plus la personne décédée, mais ses héritiers qui souhaiteraient se voir accéder à ses prestations. Dans la mesure où le texte de la proposition de loi écarte de la procédure de l'aide à mourir toute personne pouvant avoir un intérêt financier au décès de celui qui demande une telle aide, il n'est pas concevable de prévoir que les héritiers doivent pouvoir accéder à des prestations financières à verser précisément en raison du décès de la personne ayant bénéficié d'une aide à mourir. 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.

*Article 14 nouveau**Amendement 16*

La commission propose 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'acquiescement 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 il y a lieu de spécifier que le juge garde un droit de regard.

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“.

Article 16 nouveau

Amendement 17

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale propose de compléter la proposition de loi par un article 16 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. Il convient donc de différer son entrée en vigueur au 1er janvier 2009.

*

Copie de la présente est adressée pour information à M. Mars di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale, à Mme Marie-Josée Jacobs, Ministre de la Famille et de l'Intégration, et à Mme Octavie Modert, Secrétaire d'Etat aux Relations avec le Parlement.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération très distinguée.

Le Président de la Chambre des Députés,
Lucien WEILER

*

DOCUMENT SYNOPTIQUE

<p><i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i></p>	<p><i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i></p>	<p><i>Amendements minoritaires</i></p>
<p style="text-align: center;">PROPOSITION DE LOI sur le droit de mourir en dignité</p> <p>Chapitre I – Dispositions générales</p> <p>Art. 1er.– Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.</p> <p>Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait d'aider intentionnellement une autre personne à se suicider ou de procurer à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande de celle-ci.</p>	<p style="text-align: center;">PROPOSITION DE LOI sur le droit de mourir en dignité par l'euthanasie et l'assistance au suicide</p> <p>Chapitre I – Dispositions générales</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><i>Amendement 1:</i> Modifier l'intitulé comme suit:</p> <p style="text-align: center;">PROPOSITION DE LOI sur l'aide à mourir</p> <p><i>Amendement 2:</i> Conférer à l'article 1er la teneur suivante:</p> <p>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.</p>
<p>Chapitre II – La demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, conditions et procédure</p> <p>Art. 2.– 1. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que:</p> <ul style="list-style-type: none"> – le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande; 	<p>Chapitre II – La demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, conditions et procédure</p> <p>Art. 2.– 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande; 	<p><i>Amendement 3:</i> remplacer la première phrase du paragraphe 1 de l'article 2 par le texte suivant:</p> <p>Le médecin qui pratique une aide à mourir ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que:</p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<ul style="list-style-type: none"> – le patient mineur entre 16 et 18 ans ayant demandé l'interruption de la vie peut se prévaloir de l'autorisation des parents ou de la personne jouissant de l'autorité parentale; – la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure; – 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 et indépendamment du fait qu'elle résulte d'une affection accidentelle ou pathologique; <p>et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.</p>	<p>2) le patient mineur entre 16 et 18 ans ayant demandé l'interruption de la vie peut se prévaloir de l'autorisation des parents ou de la personne jouissant de l'autorité parentale;</p> <p>3) la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;</p> <p>4) le patient 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;</p> <p>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 les dispositions de fin de vie telles que définies au Chapitre III de la présente loi.</p> <p>et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.</p>	<p><i>Amendement 4:</i> <i>ajouter au premier paragraphe de l'article 2 un 5e tiret ainsi libellé:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – 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.

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 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; — 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; 	<p>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:</p> <p>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;</p> <p>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;</p>	<p><i>Amendement 5:</i> <i>remplacer le paragraphe 2 de l'article 2 par le texte suivant:</i></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 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;

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>– 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;</p> <p>– 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;</p> <p>– sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;</p> <p>– s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.</p>	<p>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;</p> <p>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 ;</p> <p>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;</p> <p>6) s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer;</p> <p>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.</p>	<p>– 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;</p> <p>– 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);</p> <p>– s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.</p> <p>Le collège 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.</p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>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 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.</p> <p>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 médecin dont le nom devra également être indiqué dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.</p> <p>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.</p>
<p>Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.</p> <p>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.</p>	<p>Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.</p> <p>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.</p>	<p>Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.</p> <p>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.</p>
	<p>Art. 3.– nouveau.– 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.</p>	

<p><i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i></p>	<p><i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i></p>	<p><i>Amendements minoritaires</i></p>
<p>Chapitre III – Le testament de vie</p> <p>Art. 3.– 1. Toute personne majeure ou mineure éman- cipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifeste sa volonté, consigner par écrit dans un testa- ment de vie sa volonté qu'un médecin pratique une eutha- nasie si ce médecin constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>Dans le testament 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.</p> <p>Le testament de vie peut 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'orga- nes après sa mort.</p> <p>Dans le testament de vie le déclarant peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à leur égard.</p>	<p>Chapitre III – Des dispositions de fin de vie</p> <p>Art. 4.– 1. Toute personne majeure ou mineure éman- cipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifeste sa volonté, consigner par écrit dans des dispo- sitions de fin de vie sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>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 accompa- gnements ainsi que, le cas échéant, les circonstances et conditions dans lesquelles il désire subir une euthanasie.</p> <p>Les dispositions de fin de vie peuvent comprendre par ailleurs un volet spécifique où le déclarant fixe les dispo- sitions à prendre quant au mode de sépulture et à la céré- monie de ses funérailles.</p> <p>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.</p>	<p><i>Amendement 6:</i> <i>Le chapitre III est remplacé par le texte suivant:</i></p> <p>Chapitre III – Des dispositions de fin de vie</p> <p>Art. 3.– Toute personne majeure ou mineure éman- cipée 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.</p> <p>Une directive anticipée au sens de la loi du (...) relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagne- ment en fin de vie qui comprendrait une demande d'aide à mourir est à considérer comme un document de dispo- sitions de fin de vie au sens de la présente loi.</p> <p>La volonté de l'auteur est à respecter conformément à la présente loi.</p> <p>La demande de renonciation à tout traitement expri- mée dans les dispositions de fin de vie doit être respec- tée 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.</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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,

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>Le testament de vie peut être fait à tout moment. Il doit être constaté par écrit, daté et signé par le déclarant.</p> <p>2. Si la personne qui souhaite faire un testament de vie est dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, son testament de vie peut être acté 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.</p> <p>Le testament de vie se fera en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'est ni l'héritier légal, ni le légataire universel du déclarant. Le testament de vie doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Le testament de vie doit être daté et signé par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la ou les personnes de confiance.</p> <p>Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe au testament de vie.</p> <p>Le testament de vie sera enregistré dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des testaments de vie auprès de la Direction de la Santé.</p>	<p>Les dispositions de fin de vie peuvent être faites à tout moment. Elles doivent être constatées par écrit, datées et signées par le déclarant.</p> <p>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. 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.</p> <p>Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe aux dispositions de fin de vie.</p> <p>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.</p>	<p>– qu'il n'est plus en mesure de communiquer, et que cette situation est irréversible selon l'état actuel et prévisible de la science.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe aux dispositions de fin de vie.</p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>Le testament de vie peut être réitéré, retiré ou adapté à tout moment. La Direction de la Santé est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant.</p> <p>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.</p> <p>3. Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite d'un testament de vie tel que prévu aux alinéas 1er et 2, ne commet pas d'infraction s'il constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> — que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, — qu'il est inconscient, — et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science; 	<p>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.</p> <p>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'Evaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées.</p> <p>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.</p> <p>Ce règlement pourra proposer une formule de disposition de fin de vie dont les déclarants peuvent se servir.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> — que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, — qu'il est inconscient, — et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science; 	<p>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.</p> <p>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.</p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.</p> <p>Dans tous les cas, et avant de procéder à l'euthanasie, le médecin a l'obligation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 le testament 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; - s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu du testament de vie avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci; - si le testament de vie désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient; - si le testament de vie désigne une personne de confiance, s'entretenir de la volonté du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne; <p>Le testament 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.</p>	<p>et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.</p> <p>Dans tous les cas, et avant de procéder à l'euthanasie, le médecin a l'obligation de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; <p>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.</p>	

<p><i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i></p>	<p><i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i></p>	<p><i>Amendements minoritaires</i></p>
<p>Chapitre IV – La déclaration officielle</p> <p>Art. 4.– Le médecin qui pratique une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 6, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation visée à l'article 5 de la présente loi.</p>	<p>Chapitre IV – La déclaration officielle</p> <p>Art. 5.– 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.</p>	<p><i>Amendement 7:</i> <i>Remplacer les termes „pratique une euthanasie“ par ceux de „pratique une aide à mourir“.</i></p>
<p>Chapitre V – La Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation</p> <p>Art. 5.– 1. Il est institué une Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.</p> <p>2. La Commission se compose de neuf membres, désignés par la Chambre des Députés sur base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission.</p>	<p>Chapitre V – La Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation</p> <p>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“.</p> <p>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.</p>	<p><i>Amendement 8:</i> <i>Remplacer l'article 5 par le texte suivant:</i></p> <p>Art. 5.– Il est institué une Commission nationale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.</p> <p>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:</p>
<p>Trois Membres sont docteurs en médecine, trois membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable et trois membres sont des personnes engagées dans la société civile.</p>	<p>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.</p>	<p>– 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.</p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition que la moitié de ses membres soit présente.</p> <p>3. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.</p>	<p>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.</p> <p>Un membre est issu des professions de santé et proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.</p> <p>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.</p> <p>Les membres de la Commission sont nommés par le Grand-Duc pour une durée de trois ans. Le mandat est renouvelable trois fois.</p> <p>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.</p> <p>3. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.</p>	<p>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.</p> <p>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'Éthique, 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.</p> <p>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.</p> <p>Elle établit son règlement d'ordre intérieur.</p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>Art. 6.— 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.</p> <p>Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 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 un testament de vie et qu'il désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s). <p>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'article 7 alinéa 2, de la Commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la Commission.</p>	<p>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.</p> <p>Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 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'elles désignaient une personne de confiance, les nom et prénoms de la personne de confiance qui est intervenue. <p>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.</p>	<p><i>Amendement 9:</i> <i>Remplacer les tirets 3 à 5 de l'article 6, concernant le premier volet confidentiel du document de déclaration officielle par le texte suivant:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — 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).

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – le sexe, la date et le lieu de naissance 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; – si l'on peut estimer que le décès aura lieu à brève échéance; – s'il existe un testament de vie; – la procédure suivie par le médecin; 	<p>Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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; 	<p><i>Amendement 10:</i> <i>Remplacer les tirets 9, 10 et 11 actuels (8, 9 et 10 nouveaux) de l'article 6 par le texte suivant, le dernier tiret étant à biffer.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. – (à biffer)
<ul style="list-style-type: none"> – la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et la date de ces consultations; 	<ul style="list-style-type: none"> – la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations; 	<p><i>Amendement 10:</i> <i>Remplacer les tirets 9, 10 et 11 actuels (8, 9 et 10 nouveaux) de l'article 6 par le texte suivant, le dernier tiret étant à biffer.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. – (à biffer)
<ul style="list-style-type: none"> – la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations; – les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a l'intention de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens. 	<ul style="list-style-type: none"> – 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 praticqué l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens. 	<p><i>Amendement 10:</i> <i>Remplacer les tirets 9, 10 et 11 actuels (8, 9 et 10 nouveaux) de l'article 6 par le texte suivant, le dernier tiret étant à biffer.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. – (à biffer)

<p><i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i></p>	<p><i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i></p>	<p><i>Amendements minoritaires</i></p>
<p>Art. 7.– 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.</p> <p>En cas de doute, la Commission peut décider, à la majorité simple, 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.</p> <p>Elle se prononce dans un délai de deux mois.</p> <p>Lorsque, par décision prise à la majorité des voix, la Commission estime que les conditions prévues 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 parquet.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Elle se prononce dans un délai de deux mois.</p> <p>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.</p>	<p><i>Amendement 11:</i> <i>Remplacer au deuxième alinéa de l'article 7, les termes „l'euthanasie ou à l'assistance au suicide“ par ceux de „l'aide à mourir“.</i></p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>Art. 8.– 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:</p> <p>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 7;</p> <p>b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 7.</p> <p>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.</p> <p>Elle peut entendre des experts.</p>	<p>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:</p> <p>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;</p> <p>b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Elle peut entendre des experts.</p>	
<p>Art. 9.– 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 seront fixés par règlement grand-ducal.</p>	<p>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.</p>	

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>Art. 10.– Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés au budget du ministère de la Santé.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	
<p>Art. 11.– 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.</p>	<p>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.</p>	
<p>Art. 12.– Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la Commission, visés à l'article 8, 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.</p>	<p>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.</p>	
	<p>Chapitre VI – Dispositions modificatives</p> <p>Art. 14.– L'article 397 du Code pénal est complété par un deuxième alinéa, rédigé comme suit:</p> <p>„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.“</p>	

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>Chapitre VI – Dispositions particulières</p> <p>Art. 13.– Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.</p> <p>Aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie ou une assistance au suicide.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Chapitre VII – Dispositions particulières</p> <p>Art. 15.– Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.</p> <p>Aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie ou une assistance au suicide.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>(Article initial supprimé par l'amendement 15)</p>	<p>Amendement 12:</p> <p>Remplacer les termes de „euthanasie ou assistance au suicide“ par ceux de „aide à mourir“.</p>
<p>Art. 14.– La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.</p>	<p>Art. 16.– La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 2009.</p>	

4909/11, 5584/16

N^{os} 4909¹¹**5584¹⁶****CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI**sur le droit de mourir en dignité par l'euthanasie
et l'assistance au suicide****PROJET DE LOI****relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à
l'accompagnement en fin de vie et modifiant:**

- 1. le Code des assurances sociales;**
- 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;**
- 3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;**
- 4. le Code du travail**

* * *

DEUXIEME AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL D'ETAT

(7.10.2008)

En référence à l'article 19(2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, le Président de la Chambre des députés a saisi par dépêche du 3 juin 2008 le Conseil d'Etat d'une série de six amendements au projet de loi sous avis, adoptés par la Commission de la santé et de la sécurité sociale. Cette série d'amendements était accompagnée, à titre indicatif, d'un texte coordonné tenant compte des propositions d'amendement.

Par une autre dépêche du 3 juin 2008, le Président de la Chambre des députés a également saisi le Conseil d'Etat, à la demande de la Commission de la santé et de la sécurité sociale, d'une deuxième série de vingt-neuf amendements à la proposition de loi sous avis. A titre indicatif, ces amendements étaient accompagnés d'un document synoptique juxtaposant le texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des députés le 19 février 2008, le texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la santé et de la sécurité sociale et un texte coordonné tenant compte des amendements qui n'ont pas recueilli la majorité des voix à la Commission de la santé et de la sécurité sociale.

L'examen du Conseil d'Etat porte sur tous les amendements dont il a été saisi par le Président de la Chambre des députés. Dans la mesure où il lui incombe dans le cadre de ses attributions constitutionnelles d'examiner les amendements aux projets et propositions de loi, qui lui sont soumis par le parlement, il n'appartient pas au Conseil d'Etat de vérifier le processus décisionnel afférent, qui est le propre de la Chambre des députés.

*

Dans son avis du 13 juillet 2007, le Conseil d'Etat avait donné son avis sur la proposition de loi sous rubrique. Sans vouloir préjuger de l'avenir, il recommandait d'opter pour une approche réservée en matière d'euthanasie et d'assistance au suicide. Il rappelait que, dans son arrêt du 29 avril 2002, la

Cour européenne des droits de l'homme estimait „qu'il n'est pas possible de déduire de l'article 2 de la Convention un droit à mourir, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique“. Il précisait que l'introduction du principe de sédation palliative par le projet de loi sous avis retire à la proposition de loi sa principale motivation, étant donné que la condition d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration sur laquelle est basée la dépénalisation de l'euthanasie peut être efficacement contrée par la mise en route d'une sédation palliative. Il concevait que, même si les souffrances de la personne en fin de vie pouvaient être soulagées efficacement, il serait prévisible que la sédation palliative ne soit pas perçue par chaque individu comme la situation idéale pour terminer sa vie, par référence à sa dignité individuelle, telle qu'il la conçoit sur le plan personnel et subjectif. Il mettait en garde contre les aléas cachés et inattendus auxquels conduisent les essais d'une déduction de droit positif à partir d'une notion aussi générale que celle de la dignité humaine, laquelle peut s'avérer une „véritable boîte de Pandore si elle n'est pas maniée avec prudence et circonspection“.

Le Conseil d'Etat insistait sur le respect du Code de déontologie des médecins. La mise à mort délibérée de personnes, avec ou sans leur consentement, n'est en effet pas compatible avec la déontologie de l'exercice de la médecine dans la très grande majorité des pays du monde.

Dans son avis complémentaire du 11 décembre 2007, le Conseil d'Etat s'était interrogé sur la portée concrète de la condition d'une situation médicale sans issue face aux possibilités thérapeutiques de la sédation palliative. Il avait mis en garde sur les interférences entre le testament de vie de la proposition de loi et la directive anticipée du projet de loi qui rendent les deux textes incompatibles.

L'approche préconisée par le Conseil d'Etat n'a pas été partagée par la Chambre des députés, qui a adopté la proposition de loi, le 19 février 2008. Pour des raisons de sécurité juridique dans ce domaine sensible, le Conseil d'Etat a estimé ne pas pouvoir suivre la Chambre des députés en accordant à son tour la dispense du second vote constitutionnel aux deux textes adoptés simultanément par la Chambre.

Le Conseil d'Etat entend examiner les amendements qui lui ont été soumis, sans se départir de la ligne de ses avis précédents.

Le Conseil d'Etat constate que les dispositions sur les souhaits du patient quant aux conditions, à la limitation et à l'arrêt du traitement lors de sa fin de vie continuent à coexister dans le projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et dans la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité telle qu'amendée, alors que les interférences des dispositions de ces deux instruments ont engendré son refus de la dispense du second vote constitutionnel. L'éventualité de la coexistence d'une directive anticipée et de dispositions de fin de vie risque de mettre le médecin, qui est en charge d'un patient en fin de vie, en présence de deux documents différents qui déterminent chacun pour soi l'arrêt ou la limitation de traitement. La coexistence de ces documents ne s'exclut pas mutuellement et peut donc comporter des indications différentes pour une même situation clinique. L'accès à ces documents par le médecin en charge du patient peut être différent. Des personnes de confiance différentes peuvent y être désignées. L'existence dans le dossier médical d'une directive anticipée, telle que prévue par le projet de loi, ne devra pas empêcher le médecin de s'informer sur l'existence éventuelle de dispositions de fin de vie telles que prévues par la proposition de loi, et centralisées ailleurs. Le risque d'insécurité juridique reste donc entier. Dans la logique du refus de sa dispense, le Conseil d'Etat se doit de formuler une opposition formelle quant à la coexistence de dispositions dans les deux textes portant sur la volonté du patient préalablement exprimée de refuser des soins en fin de vie.

Par ailleurs, les auteurs de la proposition de loi ont fait valoir à plusieurs reprises que leur texte s'inspire largement de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Dans le rapport de la Commission de la santé et de la sécurité sociale du 14 février 2008, il est conclu que les risques allégués de dérapage ne sont pas fondés (*doc. parl. No 5584¹¹*). L'argumentation se base sur les chiffres-clefs du rapport d'évaluation belge concernant la période 2004-2005.

Or, le Conseil d'Etat constate que le texte tel qu'amendé se différencie à maints égards du texte de référence belge, et ceci par son caractère manifestement moins contraignant. Comme le Conseil d'Etat avait adopté une approche prudente dans son premier avis et ne s'y était pas prononcé en faveur d'une nécessité de légiférer en la matière, cette situation l'inquiète particulièrement.

En effet, la loi belge n'inclut ni les personnes mineures ni les personnes démentes. Or, dans le texte sous revue, les personnes mineures entre 16 et 18 ans sont explicitement concernées par la proposition

de loi. Le champ d'application des dispositions de fin de vie comprend les personnes qui ne peuvent plus communiquer leur volonté, donc implicitement les personnes démentes avec un certain degré de déficit cognitif. Tel n'est pas le cas en Belgique, où une perte de conscience irréversible doit être établie. Le texte sous avis produit une confusion dans ce contexte, puisqu'il prévoit la demande d'euthanasie dans le cas d'une impossibilité irréversible de communiquer sa volonté, mais dépénalise uniquement le médecin qui pratique l'euthanasie dans une situation où la personne est inconsciente, c.-à-d. où elle se trouve dans une situation de coma irréversible. D'après le Conseil d'Etat, il y a lieu de corriger cette incohérence entre ces deux dispositions, afin de clarifier la situation des personnes démentes. A noter que, face aux débats éthiques et philosophiques en Belgique concernant la question de l'extension éventuelle du domaine d'application de la loi aux mineurs d'âge et aux personnes démentes, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation confirme dans son rapport du 20 mai 2008 l'avis donné dans ses précédents rapports: elle estime que l'application de la loi n'a pas donné lieu à des difficultés majeures ou à des abus qui nécessiteraient des modifications législatives.

En outre, la loi belge ne prévoit pas la dépénalisation de l'assistance au suicide, alors que la proposition de loi l'introduit.

La loi belge limite encore la dépénalisation aux situations médicales sans issue, le texte amendé l'élargit aux affections graves et incurables.

Quant aux déclarations du médecin à l'intention de la Commission de contrôle et d'évaluation, elles comportent en Belgique la date, le lieu et l'heure du décès. La proposition de loi n'exige pas que ces données soient enregistrées pour faire partie du rapport établi à l'intention de la Chambre des députés.

En ce qui concerne le contrôle *ex ante*, celui-ci est indirectement effectué par le recours à un médecin consultant, qui s'assure du caractère constant, insupportable et sans perspective d'amélioration de la souffrance physique et psychique du patient. Il informe le patient quant aux résultats de cette consultation. Selon le Conseil d'Etat, le contrôle *ex ante* est à renforcer dans le chef de ce médecin consultant qui devra clairement exprimer dans le dossier médical si les conditions requises pour une euthanasie sont données chez le patient examiné.

Le Conseil d'Etat s'interroge sur la portée du critère d'impartialité du médecin consultant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant. Cette notion d'impartialité laisse croire que le médecin et la personne revendiquant une euthanasie puissent être en désaccord, alors que justement en fin de vie la relation médecin-patient devrait être imprégnée de confiance mutuelle. Le Conseil d'Etat préfère la notion d'indépendance conférée au médecin consultant par la législation belge, et penche pour que l'appel à un tel médecin soit organisé par une instance indépendante du patient et du médecin.

Le Conseil d'Etat souligne qu'une autre différence de taille existe entre la loi belge et la proposition de loi luxembourgeoise. La loi belge distingue entre patients dont le médecin traitant estime que le décès aura lieu à brève échéance et ceux chez qui le décès ne semble pas être imminent. La proposition de loi impose au médecin de spécifier dans la déclaration s'il estime que le décès serait intervenu à brève échéance, sans que ce critère entre en compte dans la procédure à suivre lors d'une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide.

Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, par contre, la loi belge prévoit en outre qu'il doit:

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

Les auteurs de la proposition de loi ont omis ces précautions.

*

EXAMEN DES AMENDEMENTS A LA PROPOSITION DE LOI

Lors de l'examen des amendements à la proposition de loi, le Conseil d'Etat entend se référer à la numérotation des articles telle que résultant de la version coordonnée, adaptée par la Commission de la santé et de la sécurité sociale de la Chambre des députés.

Intitulé

Amendement minoritaire 1 et amendement 1

Ces deux amendements proposent de modifier l'intitulé de la proposition de loi. Le Conseil d'Etat constate qu'il est en présence de deux versions d'intitulé qui permettront à leurs auteurs d'imprégner l'énoncé de l'objet de la proposition de loi de leurs propres appréciations subjectives.

L'amendement 1 reprend la notion de „droit de mourir en dignité“. Pour le Conseil d'Etat, cette notion ne rend pas adéquatement compte du dispositif de la proposition de loi qui porte avant tout sur la dépénalisation d'une personne pratiquant sous certaines conditions une euthanasie ou aidant au suicide, mais qui n'instaure pas un droit positif à mourir. Le Conseil d'Etat ne revient pas dans ce contexte sur les observations concernant la relativité du terme de dignité qu'il a développées dans son avis du 13 juillet 2007.

Les auteurs de l'amendement minoritaire 1 introduisent la notion d'„aide à mourir“. Dans le commentaire de l'amendement minoritaire 2, ils font valoir des raisons étymologiques pour éviter l'utilisation du terme „euthanasie“, incommodes par le préfixe grec „eu“ qui serait trop tendancieux. Ils ont une préférence pour le terme „aide à mourir“, par analogie au terme allemand „Sterbehilfe“. Si les auteurs de cet amendement reprochent au terme „euthanasie“ une connotation faussement positive, d'aucuns lui trouveraient plutôt une connotation négative, tout comme au terme „eugénisme“, eu égard à leur utilisation dans un passé encore récent.

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

Article 1er

Amendement 2

A travers cet amendement, les auteurs précisent que la seule personne pouvant pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide est un médecin. Ils excluent en conséquence toute participation d'un tiers à ces actes, accentuant ainsi 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. Il s'ensuit que la dépénalisation de l'euthanasie et de l'assistance au suicide se limite au médecin, qui ne se fera aucunement assister, ni dans la préparation ni dans l'exécution de l'acte d'euthanasie. Il en est de même pour l'assistance au suicide et ses différentes étapes que sont la prescription par ordonnance de la médication à visée létale, la fourniture des médicaments et leur délivrance par une officine.

Le Conseil d'Etat rappelle que si l'évaluation des conditions médicales requises pour dépénaliser l'acte d'euthanasie ou l'assistance au suicide ne peut être faite que par un médecin, l'analyse d'une demande quant à son caractère explicite et volontaire ne requiert pas forcément des compétences médicales. De même, l'administration d'un „cocktail létal“, que ce soit par voie orale ou parentérale, ne demande pas à son exécutant des études médicales poussées.

Cette approche, qui réserve de la sorte l'acte d'euthanasie à une communauté médicale qui le rejette vigoureusement, comme en témoignent les prises de position du Collège médical, organe représentatif des médecins au Luxembourg, à l'instar de celles d'innombrables organisations de médecins à travers le monde, revient à mettre en cause les grands principes déontologiques de cette profession.

Aussi le Conseil d'Etat ne partage-t-il pas la volonté des auteurs de cet amendement 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. Il se rend toutefois compte que la dépénalisation d'une personne n'ayant pas la qualité de médecin comporterait une révision des textes qui pour le moment visent uniquement le médecin.

Cet amendement comporte en outre la précision que la demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide devra être expresse et volontaire. Le Conseil d'Etat estime que cet ajout est surabondant eu égard au libellé de l'article 2.

Amendement minoritaire 2

En ce qui concerne le remplacement du terme „euthanasie“ par le terme „aide à mourir“, le Conseil d’Etat renvoie à ses observations faites à l’endroit de l’intitulé.

Les auteurs de cet amendement proposent d’englober euthanasie et assistance au suicide sous le terme „aide à mourir“. Comme ces deux pratiques ont des dimensions éthiques différentes, étant donné que l’assistance au suicide est réservée au patient lucide et conscient, le Conseil d’Etat préfère que ces deux pratiques soient traitées séparément.

Les auteurs veulent spécifier que la demande correspond à un choix éclairé. Cette condition présuppose que la personne concernée soit en mesure de choisir, le moment venu, en connaissance de cause entre différentes alternatives. Or, dans le cas d’une demande formulée par anticipation dans une disposition de fin de vie qui ne devient effective que dans la situation d’une personne qui n’est plus en mesure de communiquer, la possibilité d’émettre un choix éclairé, comme le prévoit cet amendement, n’est pas donnée.

Article 2

Amendement 3a

Selon le commentaire, „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. 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“.

Le texte de l’amendement 3a, qui s’inspire en partie de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l’euthanasie, est libellé comme suit: „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: ...“.

S’agissant de la dépénalisation de l’euthanasie et de l’assistance au suicide, le Conseil d’Etat relève que le commentaire de l’amendement ne cadre pas avec le texte de l’article 2 amendé, celui-ci précisant aussi *in fine*: „et qu’il (le médecin) respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi“.

L’amendement 3a est à mettre en relation avec l’amendement 16 (article 14 nouveau, 13 selon le Conseil d’Etat) qui vise à compléter l’article 397 du Code pénal. Un nouvel alinéa 2 y serait ajouté qui aurait la teneur suivante:

„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“.

La coexistence de ces deux amendements fait naître un doute quant aux infractions que les auteurs entendent viser en réalité. Les auteurs semblent s’être inspirés, pour l’amendement 3a, des dispositions générales du Code pénal contenues dans le Livre 1er (Chapitre VIII „*Des causes de justification, d’irresponsabilité ou d’atténuation de la responsabilité et d’excuse*“), plus précisément de l’article 70 de ce code, qui dispose de manière générale qu’„il n’y a pas d’infraction, lorsque ...“, sans viser une infraction déterminée. Pour l’amendement 16 par contre, les auteurs se sont inspirés de l’article 416 du Code pénal, (au regard du libellé similaire de l’amendement 16 et de l’article 416: „il n’y a ni crime, ni délit ...“), limitant alors la dépénalisation aux seules infractions d’homicide. Les deux textes sont-ils redondants l’un par rapport à l’autre, du moins pour ce qui est de la dépénalisation, ou bien les deux textes ont-ils vocation à s’appliquer indépendamment l’un de l’autre, et avec des champs d’application distincts?

Les conditions d’application des deux textes ne sont pas les mêmes, du moins si on devait suivre l’interprétation des auteurs pour ce qui est de l’amendement 3a: l’amendement 3a subordonne son application à la condition que le médecin se soit assuré que certaines conditions de fond (énumérées par la suite du texte) sont respectées. L’amendement 16, par contre, subordonne la cause de justification à la preuve que le fait a été commis par un médecin dans les conditions et *selon les procédures* prévues par la loi. D’après le texte proposé à l’endroit du nouvel article 14 (13 selon le Conseil d’Etat), le non-respect des conditions de procédure ne relève donc à l’évidence pas d’une appréciation exclusive de l’autorité compétente en matière disciplinaire, tel que le commentaire de l’amendement 3a le laisse entendre, mais bien de l’appréciation s’il y a ou non infraction pénale.

Finalement, les textes font naître une autre incertitude: l'amendement 16 subordonne l'exception instituée dans tous les cas au contrôle du juge. C'est du moins la lecture que le Conseil d'Etat fait de ce texte. Faudra-t-il donc toujours une mise en mouvement de l'action publique, seul un juge (juge d'instruction décidant un non-lieu à informer, juridiction d'instruction décidant un non-lieu à suivre ou juridiction de jugement décidant l'acquittement) pouvant contrôler si les conditions d'application de l'exception sont données? En d'autres mots, le procureur d'Etat, saisi d'une plainte, serait-il légalement dans l'obligation de mettre l'action publique en mouvement dans les hypothèses visées par le texte (contrairement au principe général de l'opportunité des poursuites, lui permettant notamment de classer une plainte sans suites, s'il estime, par exemple, que les faits dénoncés ne constituent pas une infraction)? Le texte de l'amendement 3a étant à ce sujet muet, rien ne devrait empêcher le procureur d'Etat de ne pas donner suite à une plainte.

Le Conseil d'Etat ne saurait marquer son accord aux dispositions sous examen. Il s'agit d'enlever au comportement incriminé son caractère illicite, de sorte qu'il n'y aura plus, en l'espèce, d'infraction. Si la Constitution impose au législateur de spécifier le comportement à incriminer avec un degré de précision suffisante, elle lui impose également de spécifier de la même manière les causes de justification, lesquelles constituent toujours une exception par rapport au texte d'incrimination, et doivent donc être exemptes d'incertitudes ou d'incohérences. Le Conseil d'Etat doit partant s'opposer formellement aux deux textes actuellement en présence, en ce qu'ils entendent établir, à des degrés divers et non clairement circonscrits, une ou des causes de justification.

L'inclusion de la notion de faute par l'amendement 3a n'est pas non plus sans poser problème: en partant de l'identité de la faute pénale et de la faute civile, il ne devrait en principe pas y avoir de problème, si la responsabilité civile du médecin est recherchée au regard d'un fait auquel, de par l'effet de la loi, le caractère de comportement illicite a été enlevé. Si les auteurs des amendements insistent néanmoins sur l'inclusion de la faute dans le texte de l'amendement 3a, la question se pose s'ils ont entendu viser tout comportement du médecin, à quelque stade du processus menant à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide, même un comportement qui, pris isolément, ne constituerait pas une infraction pénale. Il y aurait alors 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. Cette contradiction risque d'être encore plus patente, si, comme les auteurs l'affirment dans leur commentaire, l'action disciplinaire reste possible contre le médecin. Le Conseil d'Etat doit en conséquence s'opposer formellement à la disposition sous examen.

Amendement 3b

Par cet amendement, les auteurs remplacent la notion de „situation médicale sans issue“ dans laquelle se trouve un patient par celle d'une „affection grave et incurable“. Cet amendement introduit par conséquent un élargissement significatif des indications contribuant à remplir les conditions requises pour une dépénalisation du médecin après un acte d'euthanasie. En effet, le caractère sans issue d'une situation médicale, conséquence d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable, fait supposer que cette situation médicale ne peut plus être changée efficacement par les moyens thérapeutiques disponibles. Aucun traitement ne peut plus influencer (éviter ou ralentir) l'évolution naturelle, plus ou moins rapide, de la maladie vers la mort. Le pronostic vital est donc engagé.

Pour le Conseil d'Etat, l'état d'une situation médicale sans issue correspond ainsi à celui d'une maladie grave, en phase avancée ou terminale, ouvrant le droit aux soins palliatifs qui n'ont pas d'effet sur la durée de la maladie et de la vie, mais sur la qualité de la survie. Il s'agit donc pour le Conseil d'Etat de situations comparables, ce qui a motivé son choix d'examiner simultanément le projet de loi sur les soins palliatifs et la proposition de loi sur l'euthanasie.

Or, cet état inéluctablement avancé n'est pas forcément atteint en présence d'une „affection grave et incurable“, qui peut néanmoins être à l'origine d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable, alors que des options thérapeutiques persistent. C'est le cas pour de nombreuses maladies chroniques dont les conséquences peuvent être vécues comme inacceptables par certains malades à certains moments, comme par exemple:

- le diabète sucré, incurable, avec l'obligation *ad vitam* d'injections sous-cutanées, le risque inhérent de complications invalidantes à long terme et le risque de coma métabolique en cas de refus de traitement;
- l'insuffisance rénale terminale, incurable, avec l'obligation de dialyses itératives *ad vitam* et le risque de mort en urémie en cas de refus de traitement;

- la broncho-pneumopathie chronique obstructive, la mucoviscidose, maladies incurables, avec l'obligation d'un traitement inhalatoire quotidien *ad vitam* et le risque de détresse respiratoire aigue en cas de refus de traitement;
- le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), avec un traitement lourd et quotidien aux effets secondaires fréquents.

Toutes ces affections, graves et incurables, sans perspective d'amélioration, pourraient être à l'origine d'une souffrance insupportable, n'offrant aux yeux du patient aucune autre solution acceptable que l'euthanasie.

La comparaison des conditions concernant l'état de la personne concernée et sa perception, telles qu'énoncées dans la loi belge et telles que citées dans la proposition de loi sous avis, met bien en évidence l'envergure de l'extension des indications préconisées par les auteurs de cet amendement.

En Belgique, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie prévoit que le médecin s'est assuré que le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Le médecin doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et s'assurer que la demande du patient est entièrement volontaire.

Le texte sous examen prévoit que le médecin s'est assuré que le patient est atteint d'une affection grave et incurable, d'origine accidentelle ou pathologique, et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration. 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. Le rôle du médecin se limite à constater et à exécuter les convictions et la volonté du patient.

Le Conseil d'Etat s'est interrogé dans ses avis précédents sur le champ d'application des dispositions de la dépénalisation de l'euthanasie respectant le critère obligatoire d'une situation médicale sans issue, lorsqu'une prise en charge palliative est correctement mise en place, et comprenant la possibilité d'une sédation palliative. Avec le libellé de cet amendement, les auteurs se départent de ce critère exigé d'une affection avancée ou terminale par les dispositions de la loi belge et élargissent ainsi le champ d'application de la dépénalisation.

Le Conseil d'Etat s'inquiète que, contrairement aux auteurs belges, l'intention des auteurs de la proposition de loi de dépénaliser la pratique de l'euthanasie également dans le cas de patients mineurs entre 16 à 18 ans, qui ne seront que très rarement affectés de cancers incurables au stade terminal, mais plutôt de maladies chroniques incurables vécues comme graves, revête une portée particulière.

Par ailleurs, l'analyse de la loi française dite „Leonetti“ relative aux droits des malades et à la fin de vie dans le rapport de la Commission de la santé et de la sécurité sociale décrit bien cette différence des champs d'application qu'on retrouve également entre le texte sous avis et ladite loi „Leonetti“ qui „... ne permet pas de couvrir les cas de patients qui désirent mourir en raison de leur santé défaillante et sans espoir d'amélioration et qui ne sont pas pour autant au stade terminal“.

Amendement minoritaire 4

Cet amendement, contrairement à l'amendement précédent, restreint le champ d'application par rapport au texte initial, et le limite aux cas où le traitement curatif et surtout palliatif s'avérerait inefficace, tout en rappelant le droit du patient, hospitalisé, de refuser toute forme de traitement. Selon le Conseil d'Etat, l'applicabilité de cette disposition soulève également des questions. En effet, le Conseil d'Etat n'a pas connaissance de données scientifiques chiffrant la fréquence de traitements palliatifs inefficaces malgré le recours aux sédations palliatives. Il s'interroge sur la portée exacte que les auteurs de cet amendement veulent donner aux conséquences d'un refus de traitement en fin de vie. Est-ce que le refus d'un traitement efficace, et donc non assimilable à un acharnement thérapeutique, induit selon les auteurs un droit à mourir?

Amendement 3c

Cet amendement, qui prévoit la condition d'une demande consignée par écrit, est superfétatoire eu égard aux dispositions de l'article 2, paragraphe 2. Par ailleurs, 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.

Amendement 3d

Sans observation.

Amendement 3e

Cet amendement prévoit de consigner au dossier médical le ou les entretiens destinés à informer le patient. 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.

Amendements 3f et 3g

Le Conseil d'Etat renvoie à son observation faite à l'endroit de l'amendement 3c. L'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.

Amendement 3h

Par cet amendement, les auteurs admettent dans le cercle des rédacteurs potentiels les héritiers légaux et légataires universels que le patient aura l'intention de désigner dans son testament et qui en étaient exclus dans le texte initial. Il est vrai que le maintien de cette restriction aurait singulièrement affecté le choix de la personne concernée.

Amendement 3i

Sans observation.

Amendement minoritaire 3

Cet amendement reproduit, sous réserve de l'adaptation de la terminologie, la phrase introductive de l'article 3 de la loi belge du 28 mai 2002.

En ce qui concerne le remplacement du terme „euthanasie“ par le terme „aide à mourir“, le Conseil d'Etat renvoie à ses observations faites à l'endroit de l'intitulé.

Amendement minoritaire 5

Cet amendement élargit à quatre le nombre de médecins concernés lors de la prise en compte d'une demande d'euthanasie. Les auteurs de cet amendement ne précisent pas dans quelle mesure ces autres médecins doivent être indépendants face à la personne concernée et au médecin traitant. Les auteurs de l'amendement prévoient que ce collège de praticiens informe collectivement le patient de son état de santé, et mène collectivement avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable, pour s'assurer de la persistance de la souffrance et de sa volonté inchangée, exprimée à plusieurs reprises. 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 excessivement lourde face à la personne souffrante en fin de vie, et donc inadaptée à la situation. Ce collège doit être constitué dans les huit jours suivant la demande d'aide à mourir et est appelé à consigner par écrit le résultat de ses constatations et entretiens dans un délai maximum de huit jours. Par conséquent, le délai raisonnable entre plusieurs entretiens servant à s'assurer de la persistance de la souffrance du patient et de sa volonté inchangée exprimée à plusieurs reprises ne doit pas dépasser huit jours. Les auteurs ne précisent ni si les conclusions de ce collège, qui devrait procéder à un „autocontrôle“ de la profession médicale, doivent être prises à l'unanimité, ni si le médecin traitant, convaincu que les conditions pour une euthanasie sont requises mais qui n'est pas suivi dans ses convictions par ses confrères du collège, a respecté les conditions de fond au sens de la loi s'il pratique néanmoins une euthanasie. Est-ce que ce médecin est à considérer comme refusant l'euthanasie au sens de l'article 15 de la proposition de loi au cas où il tient compte d'un avis négatif de ses confrères?

Le Conseil d'Etat s'étonne par ailleurs que les auteurs de cet amendement ne prévoient pas la convocation d'un collège de praticiens lorsqu'un médecin traitant se propose de pratiquer une euthanasie sur base de dispositions de fin de vie.

La demande d'aide à mourir peut être actée par écrit par une personne choisie par le patient, et n'ayant aucun intérêt financier au décès de ce patient. Cette disposition exclut donc *de facto* presque toute personne proche du patient et notamment son entourage familial.

Selon les auteurs de cet amendement, le médecin respecte la volonté du patient actée dans sa demande d'aide à mourir. Quelle est la portée de cette obligation? L'„aide à mourir“ devrait, selon les auteurs de cet amendement, être pratiquée „sous son contrôle“. Le Conseil d'Etat rappelle que la proposition de loi ne dépénalise que le médecin, qui ne saurait dès lors déléguer cet acte, en particulier au personnel soignant.

Article 3

Amendement 4

Cet amendement introduit un nouvel article „permettant“ au médecin de se faire accompagner, voire conseiller par un expert de son choix. La qualité de cet expert n'est pas définie, de sorte que ce choix ne se limite pas à un médecin. L'avis ou l'attestation de ce dernier sera versé(e) le cas échéant au dossier du patient.

Cette disposition a un caractère facultatif et n'a donc aucune valeur normative. Elle soulève cependant la question du respect du secret professionnel.

Compte tenu de ces observations, cet article est à supprimer.

Article 4 (3 selon le Conseil d'Etat)

Amendement 5

Cet amendement propose de remplacer l'article 3 actuel dans sa totalité.

Les auteurs de cet amendement maintiennent 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 semblent donc pas exiger la condition d'un coma irréversible. Ils ouvriraient 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. Tel est par exemple 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 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 aux auteurs de lever cette incohérence et de cerner correctement le champ d'application des dispositions de fin de vie.

Le Conseil d'Etat doit constater 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 *No 5584* sous rubrique. 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 paragraphe 1er de l'article 4 sous examen.

Les auteurs limitent 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. Ils ne suivent donc 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 la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Selon la loi belge, le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

Les auteurs prévoient 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 – le texte de l'amendement ne précise pas si ce patient doit être inconscient ou dans l'incapacité de communiquer – 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. Ces dispositions présupposent une accessibilité adéquate au „système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de

vie“. Le Conseil d’Etat est d’avis qu’une dotation de personnel au titre de deux équivalents plein temps est à la fois démesurée pour traiter le faible volume attendu (seulement 3% des euthanasies pratiquées en Belgique en 2006 et 2007, soit 13 cas par an en moyenne, le furent sur base d’une déclaration anticipée) et insuffisante pour assurer une continuité de service correcte. Aussi le Conseil d’Etat recommande-t-il d’assurer le cadre administratif requis par une entité administrative existante.

Le texte prévoit 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. Qu’advient-il des dispositions de fin de vie qui ne sont ni infirmées ni confirmées, pour raisons diverses, après cinq ans?

Amendement minoritaire 6

Cet amendement propose également une nouvelle version pour l’article 3 (selon le Conseil d’Etat).

Tout comme l’amendement 5, cet amendement maintient des dispositions énonçant „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“. Le Conseil d’Etat renvoie à ses observations à l’endroit de l’amendement 5 concernant l’incompatibilité avec le projet de loi *No 5584* précité. Il demande, sous peine d’opposition formelle, de réserver les dispositions sur les modalités du traitement en fin de vie au projet de loi précité, et donc de supprimer toutes les dispositions y relatives dans la proposition de loi sous avis.

Le Conseil d’Etat s’oppose par ailleurs au deuxième alinéa qui renforce le risque de confusion entre les déclarations anticipées des deux textes en suggérant des dispositions relatives à un acte d’euthanasie et d’assistance au suicide dans la directive anticipée au sens de la loi relative aux soins palliatifs.

Article 5 (4 selon le Conseil d’Etat)

Amendement 6

Sans observation.

Amendement minoritaire 7

En ce qui concerne le remplacement du terme „euthanasie“ par le terme „aide à mourir“, le Conseil d’Etat renvoie à ses observations faites à l’endroit de l’intitulé.

Article 6 (5 selon le Conseil d’Etat)

Amendement 7 et amendement minoritaire 8

Ces amendements visent à modifier la composition de la Commission nationale de contrôle et d’évaluation.

Les qualifications des docteurs en médecine sont précisées. L’amendement 7 exige qu’un des trois médecins proposés par le Collège médical ait une expérience spécifique au traitement de la douleur. Les médecins compétents en médecine palliative n’y sont pas spécifiquement visés, étant donné que l’euthanasie ne devra pas se limiter aux seuls patients arrivés au stade palliatif.

L’amendement minoritaire 8 prévoit des propositions pour la nomination de médecins issus de trois organismes aussi divers que le Collège médical, l’Université du Luxembourg et une association sans but lucratif donnée, à savoir l’Association des médecins et médecins-dentistes. Le Conseil d’Etat recommande de limiter le droit de proposition au seul Collège médical, organe démocratiquement élu par les médecins exerçant au Luxembourg.

En ce qui concerne les trois membres qui ne doivent être ni médecins ni juristes, les auteurs des deux amendements prévoient un droit de proposition pour la Commission consultative des droits de l’Homme et le Conseil supérieur de certaines professions de santé. Le droit de proposition pour le troisième membre de cette catégorie est réservé selon l’amendement 7 à une organisation ayant comme objet la défense des droits du patient, selon l’amendement minoritaire 8 à la Commission nationale d’éthique.

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.

Par ailleurs, il s'interroge sur les raisons d'une incompatibilité de la qualité de membre de la Commission avec le mandat de député ou la qualité de membre du Conseil d'Etat telle que prévue par l'amendement 7.

Article 7 (6 selon le Conseil d'Etat)

Amendement 8

Cet amendement, qui se rapporte au texte coordonné, n'est pas présenté dans les formes exigées.

Amendements 9 et 10

Cet article a trait au deuxième volet du document de déclaration officielle et prévoit d'y introduire l'âge du patient décédé, en remplacement de la date et du lieu de naissance.

Les auteurs proposent donc 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.

Amendement 11

Sans observation.

Amendements minoritaires 9 et 10

Ces amendements sont en relation avec l'introduction d'un collège de médecins à l'endroit de l'article 2 et le Conseil d'Etat renvoie à ses observations formulées à l'endroit du prédit article 2.

Article 8 (7 selon le Conseil d'Etat)

Amendement 12 et amendement minoritaire 11

Ces amendements ont trait au remplacement du terme „euthanasie“ par le terme „aide à mourir“; au Conseil d'Etat de renvoyer à ses observations faites à l'endroit de l'intitulé.

Article 10 (9 selon le Conseil d'Etat)

Amendement 13

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'évaluation sont inscrits dans la loi budgétaire ne répond pas, de l'avis du Conseil d'Etat, aux exigences de l'article 35, alinéa 2 de la Constitution. En raison du principe de l'annualité, la loi budgétaire ne saurait établir un cadre administratif permanent. Aussi le Conseil d'Etat s'oppose-t-il formellement au libellé proposé.

Le personnel administratif adjoint à la Commission nationale de contrôle et d'évaluation 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.

La rationalité administrative s'oppose à prévoir un cadre particulier pour un volume de travail limité. Par contre, il faut disposer d'un pool de personnel suffisant pour organiser un accès permanent. Aussi le Conseil d'Etat propose-t-il de reformuler l'article sous revue comme suit:

„**Art. 9.** Pour l'accomplissement de sa mission, la Commission peut recourir au personnel administratif mis à sa disposition par l'administration gouvernementale.“

Article 11 (10 selon le Conseil d'Etat)

Amendement 14

Le Conseil d'Etat rappelle ses observations à l'endroit des amendements 5 et 13.

Par ailleurs, il 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’évaluation constituent une charge permanente pour le budget de l’Etat, 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.“

Article 14 (du projet initial)

Amendement 15

Sans observation.

Article 14 (13 selon le Conseil d’Etat)

Amendement 16

Le Conseil d’Etat renvoie à ses observations à l’endroit de l’amendement 3a, et réitère son opposition formelle à la présence de deux textes laissant l’étendue de la dépenalisation incertaine et se différenciant de par leurs conditions d’application.

Article 15 (14 selon le Conseil d’Etat)

Sans observation.

Article 16 (15 selon le Conseil d’Etat)

Amendement 17

Sans observation.

Quant à l’article 15 de la proposition de loi, le Conseil d’Etat estime qu’il n’y a pas lieu de le faire figurer sous un chapitre à part dénommé „*Dispositions particulières*“, mais plutôt à la suite des dispositions figurant au Chapitre Ier qui traite des conditions selon lesquelles une euthanasie peut être pratiquée.

*

**EXAMEN DES AMENDEMENTS
AU PROJET DE LOI**

Amendement 1

Cet amendement précise que la directive anticipée et ses amendements doivent être datés et signés par son auteur et n’appelle pas d’observation du Conseil d’Etat.

Amendement 2

Cet amendement, qui remplace les expressions „manifester sa volonté“ et „exprimer ses souhaits“ par „exprimer sa volonté“, trouve l’accord du Conseil d’Etat.

Amendements 3 et 4

Ces amendements adaptent la numérotation du congé d’accompagnement suite à l’introduction de nouveaux congés et n’appellent pas d’observation.

Amendement 5

Cet amendement adopte un seul et même libellé pour différentes dispositions traitant du congé d’accompagnement. Le terme de „personnes“ qui se partagent l’accompagnement y sera retenu, remplaçant le terme „membres de la famille“. Le Conseil d’Etat approuve cet amendement.

Amendement 6

Le Conseil d'Etat donne dès à présent son accord à une révision des délais d'entrée en vigueur du projet de loi éventuellement nécessaire en fonction des aléas de la procédure législative.

*

OBSERVATION COMPLEMENTAIRE

A l'article 9 du projet de loi, il y a lieu de supprimer le paragraphe 4 de l'article L. 234-70 du Code du travail en raison de la nouvelle teneur des articles L. 124-6 du Code du travail et 54 du Code des assurances sociales, suite à la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 7 octobre 2008.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Alain MEYER

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/12

N° 4909¹²

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2008-2009

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

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
<i>Amendements adoptés par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	
1) Dépêche du Président de la Chambre des Députés au Président du Conseil d'Etat (5.11.2008).....	1
2) Texte coordonné.....	6

*

**DEPECHE DU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES
AU PRESIDENT DU CONSEIL D'ETAT**

(5.11.2008)

Monsieur le Président,

Me référant à l'article 19 (2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, j'ai l'honneur de vous faire parvenir un nouveau texte coordonné de la proposition de loi mentionnée sous rubrique, tel que la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale l'a adopté dans ses réunions des 16, 23 et 30 octobre 2008. Ce texte comporte une série d'amendements parlementaires dont le détail et la motivation se présentent comme suit:

Amendements 1 à 5 – Articles 2, 4 et 14

Les amendements 1-5 s'inscrivant dans un même ordre d'idées et poursuivant la même finalité s'énoncent comme suit:

Amendement 1 – Article 2, paragraphe 1

La phrase introductive du paragraphe 1 de l'article 2 prend la teneur suivante:

„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.“

Amendement 2 – Article 2, paragraphe 1

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.

Amendement 3 – Article 2, paragraphe 2

La phrase introductive du paragraphe 2 de l'article 2 est modifiée comme suit:

„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 4 – Article 4, paragraphe 3

La phrase introductive du paragraphe 3 de l'article 4 prend la teneur suivante:

„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: ...“

Amendement 5 – Article 14

Est introduit dans le Code pénal un article 397-1 nouveau ayant la teneur suivante:

„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.“

Motivation

Ces amendements poursuivent 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 visant les articles 2, paragraphe 1 et 14 en ce qu'ils laissent, selon le Conseil d'Etat, „l'étendue de la dépenalisation incertaine et se différencient de par leurs conditions d'application“.

La commission a reconnu la pertinence de l'argumentation juridique du Conseil d'Etat en reprenant, par le biais de l'amendement 1, la formule de dépenalisation telle qu'elle figure dans l'article 2 correspondant du projet de loi 5584 relatif, entre autres, aux soins palliatifs. La dépenalisation et l'exclusion de responsabilité civile ne visent que „le fait par un médecin de répondre ...“, c'est-à-dire l'ultime acte médical proprement dit de l'euthanasie ou de l'assistance au suicide, lorsque les conditions de fond énumérées au paragraphe 1 sont remplies. D'où également la suppression par le biais de l'amendement 2 du bout de phrase „et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi“. Par l'amendement 3, il est clarifié que le non-respect des conditions de forme et de procédure relève de l'appréciation exclusive de l'autorité compétente en matière disciplinaire et, le cas échéant, du juge civil, le non-respect des conditions de forme et de procédure ne tombant pas sous l'exclusion de responsabilité civile prévue au paragraphe 1. Par conséquent, un médecin pratiquant une euthanasie en ne respectant pas les règles de la science médicale ou les conditions de forme et de procédure prévues au paragraphe 2 continuera à tomber sous l'application du droit commun de la responsabilité civile.

L'amendement 4 est le corollaire de l'amendement 1 en transcrivant la formule de dépenalisation et d'exclusion de responsabilité civile à l'hypothèse d'une euthanasie pratiquée à la suite de dispositions de fin de vie.

L'amendement 5 introduit dans le Code pénal un article 397-1 nouveau étendant la dépenalisation à l'ensemble des infractions prévues sous la 1ère section du chapitre premier du Titre VIII du Code pénal. Le libellé du texte assure la cohérence de l'étendue et des conditions d'application de la dépenalisation telle qu'elle se trouvera désormais inscrite dans le Code pénal par rapport au principe de la dépenalisation tel qu'il est introduit aux articles 2, paragraphe 1 et 4, paragraphe 3.

Amendement 6 – Article 2, paragraphe 1

La commission propose de supprimer 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.

*

La commission entend ainsi rencontrer les inquiétudes exprimées par le Conseil d'Etat concernant l'inclusion d'une catégorie déterminée de mineurs dans le champ d'application de la loi. Suite à cet amendement, le champ d'application personnel de la loi englobe donc exclusivement des patients majeurs par l'âge.

Amendement 7 – Article 2, paragraphe 1

Au point 5) du paragraphe 1 de l'article 2, la commission propose de supprimer le bout de phrase „... soit selon les dispositions de l'article 2.2., soit dans les dispositions de fin de vie tels que définies au Chapitre III de la présente loi“.

*

La commission considère 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.

Amendement 8 – Article 3

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

„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.“

*

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.

*

Quant au problème du secret médical soulevé par le Conseil d'Etat, 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.“

Amendement 9 – Article 4, paragraphe 1

Dans son deuxième avis complémentaire, le Conseil d'Etat a constaté que cet article 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 a exigé, 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 relève que concrètement l'incompatibilité motivant l'opposition formelle du Conseil d'Etat réside 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 sur les soins palliatifs et, par conséquent, de supprimer la référence

au refus de traitement au 2^e alinéa du paragraphe 1^{er} de l'article 4 qui dans sa teneur actuelle se trouve libellé comme suit:

„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.

Amendement 10 – Article 4, paragraphe 1

Le deuxième tiret de l'alinéa 1^{er} du 1^{er} paragraphe de l'article 4 prend la teneur suivante:

~~„- qu'elle n'est plus en mesure de manifester sa volonté, qu'elle est inconsciente“~~

*

Le Conseil d'Etat a remarqué que le texte amendé maintient 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.

La commission tient à souligner qu'il n'a jamais été dans son intention de permettre que les personnes démentes puissent subir une euthanasie et elle tient à préciser qu'une telle éventualité pourrait tout au plus entrer en ligne de compte si une autre maladie grave et incurable se greffait sur l'état de démence. Afin d'enlever au texte toute ambiguïté éventuelle et pour faire droit à la critique du Conseil d'Etat visant l'écart par rapport à la loi belge sur cet important point, la commission propose de reprendre, au deuxième tiret de l'alinéa 1^{er} du 1^{er} paragraphe de l'article 4, le texte de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie ainsi libellé:

„- qu'elle (= la personne demandant l'euthanasie) est inconsciente“.

Amendement 11 – Article 4, paragraphe 2, alinéa 5

La commission propose de donner à l'alinéa 5 du paragraphe 2 de l'article 4 la teneur suivante:

„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.“

*

Suite aux observations du Conseil d'Etat, la commission est revenue au point 3 du paragraphe 2 de l'article 2 à la formulation du texte amendé „... situation médicale sans issue“.

Par conséquent, cette même notion doit également être transcrite par voie d'amendement à l'alinéa 5 du paragraphe 2 de l'article 4, lequel, compte tenu par ailleurs d'une légère adaptation rédactionnelle, aura donc la teneur précitée.

Amendement 12 – Article 5

La commission propose de remplacer l'expression „quatre jours ouvrables“ par les mots „huit jours“, le délai étant ainsi clairement circonscrit et ne pouvant donner lieu à contestation, quels que soient les hasards du calendrier.

Amendement 13 – Article 6, paragraphe 2

Le deuxième alinéa du paragraphe 2 de l'article 6 prend la teneur amendée suivante:

„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.“

*

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'évaluation.

Amendement 14 – Article 6, paragraphe 2

La commission propose de libeller l'alinéa 5 du paragraphe 2 comme suit:

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

*

En ce qui concerne les trois membres qui ne doivent être ni médecins ni juristes, le texte amendé prévoyait un droit de proposition pour la Commission consultative des droits de l'Homme et le Conseil supérieur de certaines professions de santé.

Le Conseil d'Etat s'est demandé 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, la commission a été saisie d'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'évaluation est incompatible avec son mandat lequel ne concerne que des questions d'ordre général et non pas des cas individuels. Voilà pourquoi, la commission propose de supprimer l'intervention de la commission précitée dans la procédure de nomination et de porter à deux le nombre des membres représentant une organisation ayant comme objet la défense des droits des patients.

Amendement 15 – Article 6, paragraphe 2

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.“

*

La commission considère qu'il est utile de compléter le texte par une disposition évitant le blocage de la procédure de nomination de la commission dans l'hypothèse où un des organismes appelé à proposer un ou plusieurs membres n'y donnerait pas suite dans les délais prévus.

*

Copie de la présente est adressée pour information à M. Mars di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale, à Mme Marie-Josée Jacobs, Ministre de la Famille et de l'Intégration, et à Mme Octavie Modert, Secrétaire d'Etat aux Relations avec le Parlement.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération très distinguée.

Le Président de la Chambre des Députés,
Lucien WEILER

*

TEXTE COORDONNE

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

(Les nouvelles propositions d'amendements figurent en caractères italiques soulignés)

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 ~~ou mineur émancipé~~, capable et conscient au moment de sa demande;
 - 2) le patient mineur entre 16 et 18 ans ayant demandé l'interruption de la vie peut se prévaloir de l'autorisation des parents ou de la personne jouissant de l'autorité parentale;
 - 3) la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
 - 4) 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;
 - 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 les dispositions de fin de vie tels que définies au Chapitre III de la présente loi.
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

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:

- 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 n'est plus en mesure de manifester sa volonté, qu'elle est inconsciente,*
- 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.

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 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 des 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) 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.

Chapitre IV – La déclaration officielle

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

Un membre est proposé par la commission consultative des droits de l'Homme et un membre 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 7;
- 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 7.

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 8, 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 – Dispositions modificatives

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 – Dispositions transitoires

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.

Art. 17.– La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 2009.

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/13

N° 4909¹³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2008-2009

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

* * *

TROISIEME AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL D'ETAT

(25.11.2008)

En référence à l'article 19(2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, le Président de la Chambre des députés a saisi par dépêche du 5 novembre 2008 le Conseil d'Etat d'une série de quinze amendements au projet de loi sous avis, adoptés par la Commission de la santé et de la sécurité sociale. Cette série d'amendements était accompagnée, à titre indicatif, d'une motivation et d'un texte coordonné tenant compte des propositions d'amendements.

*

EXAMEN DES AMENDEMENTS*Amendements 1 à 5*

Par ces amendements qui modifient les articles 2, 4 et 14 de la proposition de loi sous avis, les auteurs entendent assurer que le fait de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide dans les conditions de fond de la loi n'est pas sanctionné pénalement et ne peut pas donner lieu à une action civile, alors que le non-respect des conditions de forme et de procédure relèvent de l'appréciation exclusive de l'autorité compétente en matière disciplinaire, et, le cas échéant, du juge civil.

En ce sens, le Conseil d'Etat propose de supprimer le bout de phrase „Sous peine de sanctions disciplinaires“ qui pourrait prêter à confusion et exclure la compétence du juge civil.

L'amendement 4 portant sur l'article 4 devrait, selon les auteurs, être le corollaire de l'amendement 1 en transcrivant la formule de dépenalisation et d'exclusion de responsabilité civile au fait de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide formulée dans une disposition de fin de vie.

Or, la transcription intégrale des modifications apportées à l'article 2 nécessite également la suppression du bout de phrase „et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi“ à l'endroit du paragraphe 3 de l'article 4, à l'instar de l'amendement 2.

De même, le texte doit préciser que les conditions de forme et de procédure prévues au paragraphe 3 sont à respecter par le médecin.

Le non-respect d'une cohérence dans l'application de la dépenalisation et des sanctions disciplinaires dans les situations prévues à l'article 2 et à l'article 4 mettrait le Conseil d'Etat dans l'obligation de refuser la dispense du second vote constitutionnel.

Selon le Conseil d'Etat, le début du paragraphe 3 de l'article 4 doit donc se lire comme suit:

„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: (...)“

Amendement 6

Cet amendement qui limite le champ d'application de la loi aux patients majeurs rencontre les critiques formulées pour ce volet par le Conseil d'Etat.

Amendement 7

Cet amendement fait suite à une observation du Conseil d'Etat et ne donne pas lieu à observation.

Amendement 8

Cet amendement modifie l'article 3 que le Conseil d'Etat a proposé de supprimer dans son deuxième avis complémentaire. Le Conseil d'Etat constate que la modification apportée par l'amendement ne fait que souligner le caractère peu circonscrit de cet article qui, selon les auteurs, renforcerait le contrôle *ex ante*.

En effet, ce contrôle n'est que facultatif.

Ensuite, la fonction de l'expert n'est pas précisée. Il pourrait s'agir d'un médecin, d'un psychologue, d'un avocat, d'un prêtre, d'un philosophe ...

Finalement, l'action dudit expert peut comporter toute sorte de conseil ou d'accompagnement du médecin: accompagnement spirituel du médecin et/ou du patient, soutien psychologique du médecin et/ou du patient, conseil déontologique au médecin. Toutes ces actions ne relèvent pas d'un contrôle *ex ante*. Par contre, certaines interventions d'ordre médical pourraient, dans certaines situations, s'apparenter à un contrôle *ex ante*. Encore faudrait-il savoir si ces interventions médicales font suite à des demandes de conseil ou d'expertise médicale, et quelle est la portée de telles expertises médicales: s'agit-il du réexamen du patient, de l'évaluation des modalités de prise en charge appliquées par le médecin demandeur de l'expertise, de propositions diagnostiques et thérapeutiques, d'actes diagnostiques ou thérapeutiques? En tout état de cause, dès lors que l'action médicale pourrait être considérée comme expertise médicale, les résultats écrits d'une telle mesure d'instruction ne peuvent pas être assimilés à un avis informel d'un confrère, d'autant plus que cet avis ferait dès lors partie intégrante du dossier personnel du patient. Par conséquent, le Conseil d'Etat maintient la proposition de supprimer cet article. La numérotation subséquente des articles et les renvois sont à adapter en conséquence.

Amendement 9

Cet amendement lève l'incompatibilité constatée par le Conseil d'Etat entre la directive anticipée prévue par le projet de loi (*No 5584*) relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et les dispositions de fin de vie dans la proposition de loi sous avis, étant donné qu'il supprime les dispositions sur les souhaits du patient quant aux conditions, à la limitation et à l'arrêt du traitement lors de la fin de vie dans la proposition de loi.

Amendement 10

Cet amendement, qui fait suite à une observation du Conseil d'Etat, remplace le terme „qu'elle n'est plus en mesure de communiquer“ par celui „qu'elle est inconsciente“ et exclut du champ d'application de la proposition de loi les personnes démentes ayant formulé une demande d'euthanasie dans une disposition de fin de vie.

Amendement 11

Donnant suite aux observations du Conseil d'Etat, les auteurs remplacent la notion d'„affection grave et incurable“ par la notion de „situation médicale sans issue“.

Amendement 12

Suite à cet amendement, la remise du document d'enregistrement ne devra plus se faire dans les quatre jours ouvrables, mais dans les huit jours.

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.

En cas de maintien de l'article 3, les renvois dans le texte sous examen aux articles 6 et 5 sont à remplacer respectivement par ceux aux articles 7 et 6.

Amendement 13

Par cet amendement, les auteurs limitent le nombre de médecins nommés par le Collège médical à la Commission nationale de contrôle et d'évaluation pour des raisons que le Conseil d'Etat ignore et qui ne sont pas développées dans le commentaire.

Amendement 14

Cet amendement fait suite à une observation du Conseil d'Etat quant à la composition de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation.

Le Conseil d'Etat s'interroge cependant 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.“

Amendement 15

Cet amendement, qui devrait éviter le blocage de la procédure de nomination, n'appelle pas d'observation.

*

A titre d'observation finale, le Conseil d'Etat tient à noter que si le texte tel que proposé par la commission parlementaire tient compte des critiques formulées par le Conseil d'Etat, celui-ci maintient sa position initiale concernant la proposition de loi dans son ensemble.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 25 novembre 2008.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Alain MEYER

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/15

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(e)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

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/14, 5584/17

N^{os} 4909¹⁴5584¹⁷

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2008-2009

PROPOSITION DE LOI

sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

PROJET DE LOI

relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:

1. le Code des assurances sociales;
2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
4. le Code du travail

* * *

**DEPECHE DU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES
AU PRESIDENT DU CONSEIL D'ETAT**

(5.12.2008)

Monsieur le Président,

Me référant à l'article 19 (2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, j'ai l'honneur de vous faire parvenir ci-après différents redressements et aménagements que la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a décidés à l'endroit des deux textes légaux susvisés, ceci dans le cadre de l'adoption des deux rapports complémentaires dans sa réunion du 4 décembre 2008. Le détail des modifications se présente comme suit:

- 1) Les redressements matériels opérés par la commission visent le volet sécurité sociale du projet de loi 5584 et découlent directement de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé:
 - a) Les dispositions modificatives de l'article 10 doivent désormais se rapporter au „Code de la sécurité sociale“, nouvelle dénomination introduite par la loi susvisée sur le statut unique et qui remplace celle ancienne de „Code des assurances sociales“.
 - b) Au même article 10 le point 7 doit être supprimé, ce point ayant eu comme objet de compléter l'article 341, alinéa 2 du Code des assurances sociales par un point 13 relatif à la constatation du droit aux soins palliatifs. Or, ce point 7 est désormais superfétatoire, alors que la modification proposée est déjà intervenue par le biais de la loi précitée sur le statut unique (art. 418, alinéa 1er, point 13 actuel du Code de la Sécurité sociale). Il s'impose donc de supprimer dans le présent projet de loi la disposition modificative déjà intégrée dans le Code de la sécurité sociale par une loi antérieure. Il s'ensuit que la numérotation des points subséquents de l'article 10 est avancée d'une unité.
- 2) Par ailleurs, compte tenu du fait que dans son deuxième avis complémentaire du 17 octobre 2008, le Conseil d'Etat a donné anticipativement son accord à une révision des délais d'entrée en vigueur

du projet de loi éventuellement nécessaire en fonction des aléas de la procédure législative, la commission a décidé de donner à l'article 14 du projet de loi la teneur suivante:

„Art. 14.– La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui de sa publication au Mémorial, à l'exception de l'article 10 qui ne sort ses effets qu'à partir du premier jour du quatrième mois suivant celui de sa publication au Mémorial. et des articles 9, 11 et 12 qui entrent en vigueur le 1er janvier 2009.“

*

Dans ce même ordre d'idées, la Commission a supprimé l'article 17 de la proposition de loi 4909 qui prévoyait l'entrée en vigueur de ce texte au 1er janvier 2009, cette entrée en vigueur intervenant donc désormais trois jours après la publication au Mémorial. La suppression de cet article n'est pas constitutif d'un amendement alors que la version initiale avisée par le Conseil d'Etat faisait également abstraction d'une disposition particulière sur l'entrée en vigueur.

La Commission considère que les modifications textuelles ci-dessus exposées n'ont pas le caractère d'amendements proprement dits nécessitant un avis complémentaire du Conseil d'Etat, mais qu'il s'agit de redressements matériels respectivement d'aménagements textuels découlant de la procédure législative. Néanmoins, la Commission m'a chargé de les porter à la connaissance du Conseil d'Etat avant le vote en séance publique des deux textes législatifs. Je vous saurais gré, Monsieur le Président, si vous pouviez me faire savoir si le Conseil d'Etat partage l'appréciation de la Commission parlementaire.

*

Copie de la présente est adressée pour information à M. Mars di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale, à Mme Marie-Josée Jacobs, Ministre de la Famille et de l'Intégration, et à Mme Octavie Modert, Secrétaire d'Etat aux Relations avec le Parlement.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération très distinguée.

Le Président de la Chambre des Députés,
Lucien WEILER

4909/16, 5584/19

N^{os} 4909¹⁶5584¹⁹

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2008-2009

PROPOSITION DE LOI

sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

PROJET DE LOIrelatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à
l'accompagnement en fin de vie et modifiant:

1. le Code des assurances sociales;
2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
4. le Code du travail

* * *

QUATRIEME AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL D'ETAT

(9.12.2008)

En référence à l'article 19(2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, le Président de la Chambre des députés a saisi par dépêche du 5 décembre 2008 le Conseil d'Etat de plusieurs amendements au projet de loi et à la proposition de loi sous avis, adoptés par la Commission de la santé et de la sécurité sociale.

*

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Les auteurs proposent de remplacer le terme „Code des assurances sociales“ par celui de „Code de la sécurité sociale“, nouvelle dénomination introduite par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique. Le Conseil d'Etat approuve cette modification qu'il y a également lieu d'apporter à l'endroit de l'intitulé du projet de loi sous avis.

La suppression du point 7 de l'article 10 et la modification subséquente de la numérotation des points de cet article trouvent également l'accord du Conseil d'Etat.

La révision des délais d'entrée en vigueur à l'endroit de l'article 14 a été prospectivement approuvée par le Conseil d'Etat dans son deuxième avis complémentaire du 7 octobre 2008.

La proposition des auteurs de ne pas tenir compte de l'amendement 17 présenté dans le train des amendements à la proposition de loi, tel que soumis au Conseil d'Etat le 3 juin 2008, et fixant dans un nouvel article 17 la mise en vigueur de la loi au 1er janvier 2009, n'appelle pas d'observation.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 9 décembre 2008.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Alain MEYER

Service Central des Imprimés de l'Etat

4909/17

N° 4909¹⁷

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2008-2009

PROPOSITION DE LOI

sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

* * *

**DISPENSE DU SECOND VOTE CONSTITUTIONNEL
PAR LE CONSEIL D'ETAT**

(19.12.2008)

Le Conseil d'Etat,

appelé par dépêche du Premier Ministre, Ministre d'Etat, du 18 décembre 2008 à délibérer sur la question de dispense du second vote constitutionnel de la

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

qui a été adoptée par la Chambre des députés dans sa séance du 18 décembre 2008 et dispensée du second vote constitutionnel;

Vu ladite proposition de loi et les avis émis par le Conseil d'Etat en ses séances des 13 juillet 2007 et 11 décembre 2007 et 7 octobre 2008 et 25 novembre 2008 et 9 décembre 2008;

se déclare d'accord

avec la Chambre des députés pour dispenser la proposition de loi en question du second vote prévu par l'article 59 de la Constitution.

Ainsi décidé en séance publique du 19 décembre 2008.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Alain MEYER

Service Central des Imprimés de l'Etat

Document écrit de dépôt

Aucun support électronique n'est disponible pour ce document.

4909,5584

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 46

16 mars 2009

S o m m a i r e

**LEGISLATION REGLEMENTANT LES SOINS PALLIATIFS AINSI QUE
L'EUTHANASIE ET L'ASSISTANCE AU SUICIDE**

Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:	
1. le Code de la sécurité sociale;	
2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;	
3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;	
4. le Code du travail	610
Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide	615