



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Dossier consolidé

Projet de loi 7480

Projet de loi modifiant :

1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;

2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient

Date de dépôt : 03-10-2019

Date de l'avis du Conseil d'État : 16-06-2020

Liste des documents

Date	Description	Nom du document	Page
14-09-2021	Résumé du dossier	Résumé	<u>3</u>
03-10-2019	Déposé	7480/00	<u>5</u>
16-06-2020	Avis du Conseil d'État (16.6.2020)	7480/01	<u>30</u>
02-02-2021	Rapport de commission(s) : Commission de la Santé et des Sports Rapporteur(s) : Madame Cécile Hemmen	7480/02	<u>33</u>
11-02-2021	Premier vote constitutionnel (Vote Positif) En séance publique n°37 Une demande de dispense du second vote a été introduite	7480	<u>40</u>
22-02-2021	Dispense du second vote constitutionnel par le Conseil d'Etat (22-02-2021) Evacué par dispense du second vote (22-02-2021)	7480/03	<u>42</u>
02-02-2021	Commission de la Santé et des Sports Procès verbal (30) de la reunion du 2 février 2021	30	<u>45</u>
20-10-2020	Commission de la Santé et des Sports Procès verbal (02) de la reunion du 20 octobre 2020	02	<u>55</u>
11-02-2021	Garantie du respect de la volonté du patient	Document écrit de dépôt	<u>76</u>
03-03-2021	Publié au Mémorial A n°167 en page 1	7480	<u>79</u>

Résumé

Le présent projet de loi vise à modifier la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ainsi que la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

La première modification propose d'assimiler la mort d'une personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide à une mort naturelle – ceci à l'image de l'article 15 de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Cette adaptation a pour finalité de régler les conséquences du décès, notamment en ce qui concerne les contrats d'assurance et plus particulièrement les contrats d'assurance-vie, visés au chapitre II de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, que le patient décédé suite à une euthanasie ou une assistance au suicide aurait pu souscrire. L'euthanasie et l'assistance au suicide ne seront plus considérées comme équivalent à un suicide, qui constitue un risque exclu au sens de l'article 103 de la loi précitée du 27 juillet 1997.

Ensuite, le présent projet de loi se propose de compléter la composition de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation en prévoyant la possibilité de nommer des membres suppléants pouvant remplacer, le cas échéant, les membres effectifs et facilitant par là l'organisation des réunions de la Commission conformément aux conditions prévues par la loi, notamment en ce qui concerne le quorum nécessaire pour statuer.

Enfin, le présent projet de loi vise également à modifier la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient qui s'applique aux soins de santé et qui cible donc également les soins en situation de fin de vie. Le projet de loi envisage d'insérer à l'article 12 de la loi du 24 juillet 2014 précitée la référence à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Ainsi, la personne de confiance désignée au sens de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient correspondra à la personne de confiance pour les questions relatives aux soins en situation de fin de vie.

7480/00

N° 7480

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2018-2019

PROJET DE LOI

modifiant :

- 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;
 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient

* * *

(Dépôt: le 3.10.2019)

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (25.9.2019).....	1
2) Texte du projet de loi.....	2
3) Textes coordonnés.....	2
4) Exposé des motifs.....	19
5) Commentaire des articles.....	20
6) Fiche d'évaluation d'impact.....	21
7) Fiche financière.....	23

*

ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT

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

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en Conseil ;

Arrêtons :

Article unique.– Notre Ministre de la Santé est autorisé à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le projet de loi modifiant :

- 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;
 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Palais de Luxembourg, le 25 septembre 2019

Le Ministre de la Santé,
 Étienne SCHNEIDER

HENRI

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

Art. 1^{er}. La loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide est modifiée comme suit :

1° À la suite de l'article 6, point 2, alinéa 7, il est inséré un nouvel alinéa 8, libellé comme suit :

« Il y a autant de membres suppléants que de membres effectifs. »

2° À la suite de l'article 15, est inséré le nouvel article 15bis libellé comme suit :

« **Art. 15bis.** La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des dispositions de la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie. »

Art. 2. La loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient est modifiée comme suit :

1° À la suite de l'article 12, paragraphe 5, l'alinéa premier est complété par le bout de phrase suivant :

« ainsi qu'au sens de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. »

2° À l'article 12, paragraphe 5, l'alinéa 2, les mots « de la loi précitée » sont remplacés par les mots suivants :

« des lois précitées ».

*

TEXTES COORDONNES

LOI DU 16 MARS 2009

sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Légende : Les amendements gouvernementaux sont imprimés en caractères gras

Chapitre I – Dispositions générales

Art.1^{er}. 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 thérapeu-

tiques 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 1^{er} 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.

Il y a autant de membres suppléants que de membres effectifs.

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 16 mars 2009 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.

Art. 15bis. La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des dispositions de la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie.

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.

*

LOI DU 24 JUILLET 2014

relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant:

- la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers;
- la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel;
- le Code civil,

Légende : Les amendements gouvernementaux sont imprimés en caractères gras

Chapitre 1er: Champ d'application et définitions

Art.1er.Champ d'application

(1) La présente loi s'applique à la relation qui se met en place quand un patient s'adresse à un prestataire de soins de santé pour bénéficier ou pouvoir bénéficier de soins de santé indépendamment de leur mode d'organisation, de prestation ou de financement, y compris les soins de santé transfrontaliers prestés dans le cas de la télémédecine par un prestataire de soins établi au Luxembourg.

(2) Les personnes physiques ou morales qui ont conclu un contrat de collaboration avec un prestataire de soins de santé ayant pour objet de faire bénéficier des patients de soins de santé prennent les mesures nécessaires pour assurer le respect des dispositions de la présente loi.

(3) Les dispositions de la présente loi s'entendent sans préjudice des dispositions déterminant les modalités de prise en charge des soins de santé par les organismes de sécurité sociale.

(4) Sont exclus du champ d'application de la loi les services fournis dans le domaine des soins de longue durée dont le but principal est d'aider les personnes qui ont besoin d'aide pour accomplir des tâches quotidiennes courantes, y compris dans le cadre de l'assurance dépendance.

Art.2.Définitions

Pour l'application de la présente loi, on entend par:

- a) «ministre»: le ministre ayant la Santé dans ses attributions;
- b) «patient»: toute personne physique qui cherche à bénéficier ou bénéficie de soins de santé;
- c) «soins de santé»: des services de santé fournis par des professionnels de santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé, y compris la prescription, la délivrance et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux;
- d) «professionnel de santé»: toute personne physique exerçant légalement une profession réglementée du domaine de la santé;
- e) «prestataire de soins de santé»: tout professionnel de santé, tout établissement hospitalier, ainsi que tout prestataire de soins, exerçant légalement sa profession en dehors du secteur hospitalier, visé par l'alinéa second de l'article 61 du Code de la sécurité sociale;
- f) «dossier patient»: l'ensemble des documents contenant les données, les évaluations et les informations de toute nature concernant l'état de santé d'un patient et son évolution au cours du traitement, indépendamment de la nature de leur support.

Chapitre 2: Droits et obligations du patient

Section 1: Droits et obligations généraux du patient

Art.3.Respect mutuel, dignité et loyauté

(1) Le 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.

(2) En fournissant conformément à ses facultés les informations pertinentes pour sa prise en charge, en adhérant et en collaborant à celle-ci, le patient participe à la prestation optimale des soins de santé.

Lors de sa prise en charge, il respecte les droits du prestataire de soins de santé et des autres patients.

Art.4.Accès à des soins de santé de qualité

(1) Sans préjudice des priorités dues au degré d'urgence, le patient jouit d'un égal accès aux soins de santé que requiert son état de santé. Les soins de santé sont prodigués de façon efficace et sont conformes aux données acquises de la science et aux normes légalement prescrites en matière de qualité et de sécurité.

(2) Les soins de santé doivent être organisés de façon à garantir la continuité des soins en toutes circonstances.

Art.5.Libre choix du prestataire de soins de santé

(1) Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 6, et sous réserve des impératifs d'organisation de la prestation des soins, chaque patient a le droit de choisir librement le prestataire de soins de santé par lequel il désire être pris en charge en vue de la prestation de soins de santé. Ce choix peut être modifié à tout moment.

(2) Pour tous les actes médicaux prestés à l'intérieur d'un établissement hospitalier, ce choix est limité aux prestataires agréés par l'établissement.

Art.6.Refus de prise en charge d'un patient et continuité des soins

(1) Le prestataire de soins de santé peut refuser la prise en charge d'un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles. Il refuse toute prise en charge lorsqu'il estime ne pas pouvoir utilement prodiguer les soins requis.

A la demande du patient, le prestataire assiste ce dernier dans la recherche d'un autre prestataire de soins de santé apte à assurer les soins requis.

(2) Le refus de prêter des soins de santé ne peut en aucun cas être lié à des considérations discriminatoires.

Lorsque le patient peut présenter des éléments de fait de nature à présumer l'existence d'une discrimination, il incombe au prestataire de soins de santé de justifier sa décision de refus par des éléments objectifs non discriminatoires.

(3) Dans la mesure de ses possibilités, le prestataire de soins de santé assure toujours les premiers soins urgents et la continuité des soins.

Art.7.Droit à l'assistance

(1) Le patient est en droit de se faire assister dans ses démarches et décisions de santé par une tierce personne, professionnel de santé ou non, qu'il choisit librement. La personne ainsi choisie par le patient pour le soutenir et l'aider est appelée «accompagnateur du patient».

(2) Dans la mesure souhaitée par le patient, l'accompagnateur est, pour autant que possible, intégré dans la prise en charge du patient.

Dans la mesure où le patient majeur le demande, le secret professionnel visé à l'article 458 du Code pénal est levé à l'égard de l'accompagnateur. L'identité de l'accompagnateur est notée dans le dossier. Le professionnel de santé peut cependant à tout moment décider librement de s'échanger en dehors de la présence de l'accompagnateur.

Art.8.Droit à l'information sur l'état de santé

(1) Le patient a droit aux informations relatives à son état de santé et à son évolution probable, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 9.

(2) Il incombe à chaque professionnel de santé d'informer le patient dans un langage clair et compréhensible, adapté aux facultés de compréhension de ce dernier. L'information est valablement donnée dans une des langues prévues à l'article 3 de la loi du 24 février 1984 sur le régime des langues, le cas échéant, par l'intermédiaire d'un accompagnateur du patient assurant la traduction sous la responsabilité de ce dernier.

Le professionnel de santé informe, d'une part, sur les prestations dont il a la responsabilité, d'autre part, par rapport à son implication dans la prise en charge et dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables, sur l'état de santé du patient et son évolution probable.

Lorsque plusieurs professionnels de santé collaborent à la prise en charge d'un patient, ils se tiennent mutuellement informés, sauf opposition du patient.

(3) Le patient prend avec les professionnels de santé, compte tenu, d'une part, des informations pertinentes pour sa prise en charge qu'il leur a fournies et, d'autre part, des informations et conseils que ceux-ci lui ont fournis, les décisions concernant sa santé.

(4) Les soins de santé à un patient disposant de la capacité nécessaire ne peuvent être prestés que moyennant son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.

Sans préjudice des dispositions des articles 9 et 10, l'information préalable porte sur les éléments essentiels caractérisant les soins de santé proposés, y compris une information adéquate sur les objectifs et les conséquences prévisibles de ces soins, leur bénéfice, leur urgence éventuelle, les risques ou événements fréquents et graves généralement connus, appréciés en tenant compte des caractéristiques spécifiques du patient, ainsi que sur les alternatives ou options thérapeutiques éventuellement envisa-

geables et les conséquences prévisibles en cas de refus. Il incombe au professionnel de santé d'évaluer les risques et événements indésirables spécifiquement liés à l'état de santé du patient.

L'information sur les risques et événements indésirables fréquents et graves généraux connus peut être donnée sur base d'un référentiel. Le Conseil scientifique dans le domaine de la santé élabore des recommandations de bonne pratique relatives à la délivrance de l'information aux patients sur leur état de santé. Il peut diffuser des référentiels par type d'intervention.

L'information préalable du patient inclut sur sa demande une estimation du coût global inhérent aux soins de santé proposés et aux modalités de prise en charge envisagées.

Sur demande du patient, l'information préalable porte sur la disponibilité prévisible des soins proposés, la qualité et la sécurité des soins de santé, y compris le nombre d'actes effectués par le prestataire, le taux de complications, la durée de séjour prévisible en cas d'hospitalisation, le statut d'autorisation ou d'enregistrement du prestataire de soins de santé, ainsi que sur la couverture d'assurance au titre de la responsabilité professionnelle.

(5) Le patient peut refuser ou retirer son consentement à tout moment, sans qu'une telle décision n'entraîne l'extinction du droit à des soins de santé de qualité en fonction des options thérapeutiques acceptées, tel que visé à l'article 4 de la présente loi.

(6) Le professionnel de santé dispensant des soins de santé au patient s'assure avant toute intervention que le patient ait reçu en temps utile les informations préalables conformément à la présente loi et qu'il consent librement aux soins dispensés.

Si au cours d'une prestation de soins de santé une circonstance raisonnablement imprévisible requiert une adaptation des soins envisagés, la prestation entamée peut être poursuivie malgré l'impossibilité de recueillir le consentement complémentaire du patient ou celui de son représentant, lorsqu'elle ne fait courir à celui-ci aucun risque complémentaire significatif ou lorsqu'il s'agit d'une mesure urgente médicalement indispensable.

(7) L'information du patient en application de la présente loi est en principe donnée oralement et peut, le cas échéant, être précisée par une information écrite.

(8) Le consentement ou le refus de consentir du patient est en principe donné de façon expresse. Le consentement peut être tacite lorsque le professionnel de santé, après avoir adéquatement informé le patient, peut raisonnablement déduire du comportement de celui-ci qu'il consent aux soins de santé conseillés.

Le professionnel de santé qui recueille la décision du patient veille à ce que le patient ait compris les informations fournies au moment de prendre une décision concernant sa santé.

(9) En cas de contestation, la preuve de l'information fournie et celle du consentement du patient incombent au prestataire de soins de santé sous la responsabilité duquel les soins ont été dispensés ou proposés. Une telle preuve peut en être délivrée par tout moyen, la tenue régulière du dossier valant présomption simple des éléments y consignés ou versés.

Art.9.Droit d'être tenu dans l'ignorance

(1) La volonté du patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic, d'un pronostic ou d'une information relatifs à son état de santé ou à son évolution probable est respectée, à moins que la non-communication de cette information au patient ne risque de causer manifestement un grave préjudice à la santé du patient ou à la santé de tiers.

(2) Le souhait d'être tenu dans l'ignorance est consigné ou ajouté au dossier patient.

Art.10.Exception thérapeutique

(1) A titre exceptionnel, le médecin traitant peut décider qu'il y a lieu de s'abstenir de communiquer les informations dont la communication risque manifestement de causer un préjudice grave à la santé du patient. Le médecin traitant consulte préalablement un autre confrère à ce sujet et entend, dans la mesure du possible, la personne de confiance du patient. Il ajoute une motivation explicite dans le dossier patient. Cette décision s'impose aux professionnels de la santé non médecin.

Dès que la communication des informations ne risque plus de causer un tel préjudice, le médecin traitant lève l'exception thérapeutique.

(2) Les informations qui ont été exclues de la communication directe au patient peuvent toujours être obtenues ou consultées par un autre médecin traitant du patient, le cas échéant désigné par le patient.

Si ce médecin estime que le secret n'est pas ou plus justifié eu égard à l'état de santé du patient, il lève l'exception thérapeutique. Il ajoute une motivation dans le dossier patient.

(3) Le médecin qui lève l'exception thérapeutique fournit au patient les informations conformément aux dispositions de la présente loi ou s'assure de ce que le patient reçoive dans les meilleurs délais ces informations par un confrère.

Art.11. De la volonté du patient hors d'état de manifester sa volonté

(1) Si le patient est, de façon temporaire ou permanente, hors d'état de manifester sa volonté, le prestataire de soins de santé cherche à établir sa volonté présumée.

Dans le cadre de l'établissement de cette volonté, le professionnel de santé fait appel à la personne de confiance éventuellement désignée conformément à l'article 12 ci-après. Il peut faire appel à toute autre personne susceptible de connaître la volonté du patient.

(2) Lorsqu'en situation d'urgence médicale, le patient n'est pas en mesure de prendre les décisions concernant sa santé et que sa volonté n'est pas établie, le prestataire de soins de santé peut immédiatement prendre dans l'intérêt du patient toutes les mesures urgentes d'ordre médical que la situation requiert.

Section 2: Représentation du patient

Art.12. Désignation d'une personne de confiance

(1) Tout patient majeur disposant de la capacité de consentir peut, pour le cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à la prise d'une décision relative à sa santé, désigner une personne de confiance. Cette personne peut être toute personne physique, professionnel de santé ou non, désigné par lui.

(2) La désignation s'effectue par un écrit, daté et signé par le patient.

Lorsque le patient, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même, 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 au mandat.

(3) Le patient ou tout autre dépositaire du document désignant une personne de confiance, peut à tout moment la remettre au prestataire de soins de santé prenant en charge le patient, aux fins de le verser, en original ou en copie, au dossier patient.

(4) La personne de confiance agit dans l'intérêt du patient qui est dans l'impossibilité temporaire ou permanente d'exercer ses droits. A cet effet, elle a accès au dossier patient et le secret professionnel visé à l'article 458 du Code pénal est levé à son égard.

Si le prestataire de soins de santé se départ de l'avis de la personne de confiance, il en informe celle-ci et consigne les raisons de sa décision au dossier patient.

(5) Sauf volonté contraire exprimée par le patient, la désignation d'une personne de confiance conformément au présent article vaut, en situation de fin de vie, désignation de cette personne en tant que personne de confiance au sens de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie. **ainsi qu'au sens de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.**

La personne désignée comme personne de confiance en fin de vie conformément aux dispositions **de la loi précitée des lois précitées** du 16 mars 2009 peut, sauf volonté contraire du patient, agir en tant que personne de confiance en application des dispositions de la présente loi.

Art.13.Patient mineur non émancipé

(1) Les droits du patient mineur non émancipé sont exercés par ses parents ou par tout autre représentant légal. Suivant son âge et sa maturité et dans la mesure du possible, le mineur est associé à l'exercice des droits relatifs à sa santé.

(2) Si le patient mineur non émancipé dispose de la capacité de discernement nécessaire pour apprécier raisonnablement ses intérêts, il peut être admis par le médecin traitant ou tout autre prestataire de soins de santé responsable de la prise en charge à exercer les droits relatifs à sa santé de manière autonome. Dans cette hypothèse, il peut aussi, en cas d'avance des frais, exercer de manière autonome le droit au remboursement des soins de santé afférents par les organismes de sécurité sociale.

Sauf opposition du patient mineur d'associer son ou ses représentants légaux à l'exercice de ses droits, le prestataire de soins de santé peut déroger au secret professionnel à l'égard de son ou de ses représentants légaux. Il en est de même des organismes de sécurité sociale.

(3) Le prestataire de soins de santé responsable de la prise en charge prend, en cas de danger grave et immédiat pour la vie ou la santé d'un patient mineur, toutes mesures d'ordre médical que la situation requiert.

Ces mesures d'urgence peuvent le cas échéant être prises en passant outre l'éventuel refus de consentement des parents ou des représentants légaux. En ce cas, le prestataire de soins de santé doit adresser dans les trois jours ouvrables au procureur d'Etat un rapport motivé sur les mesures d'ordre médical qu'il a prises.

Art.14.Patient sous régime de protection

(1) A défaut de personne de confiance désignée conformément à l'article 12 ou de personne spécialement désignée à cette fin par le juge des tutelles, les intérêts du patient placé sous tutelle sont exercés par son tuteur. Le juge des tutelles peut toutefois, lors de l'ouverture de la tutelle ou dans un jugement postérieur, procéder à la désignation d'un représentant spécifique chargé d'exercer ces droits.

Sauf s'il a été autorisé par décision de justice à exercer seul les droits relatifs à sa santé, le patient sous curatelle exerce ses droits avec l'assistance du curateur.

(2) Sans préjudice de ce qui précède en ce qui concerne le consentement du tuteur, du curateur ou de la personne spécialement désignée pour agir dans l'intérêt du patient, le patient sous régime de protection est associé à l'exercice de ses droits suivant sa capacité de compréhension et reçoit une information adaptée à son état. Son consentement personnel est recherché dans la mesure du possible.

(3) Le prestataire de soins de santé responsable de la prise en charge prend, en cas de danger grave et immédiat pour la vie ou la santé d'un patient relevant d'un régime de protection visé à l'alinéa premier, toutes mesures d'ordre médical que la situation requiert.

Ces mesures d'urgence peuvent le cas échéant être prises en passant outre l'éventuel refus de consentement des personnes investies du pouvoir de tutelle ou de curatelle. En ce cas, le prestataire de soins de santé responsable de la prise en charge doit adresser dans les trois jours ouvrables au procureur d'Etat un rapport motivé sur les mesures d'ordre médical qu'il a prises.

*Section 3: Dossier patient et données relatives à la santé du patient***Art.15.Droit à un dossier patient soigneusement tenu à jour**

(1) Le patient a droit, de la part du prestataire de soins de santé, à un dossier patient soigneusement tenu à jour. Le dossier patient retrace, de façon chronologique et fidèle, l'état de santé du patient et son évolution au cours de la prise en charge. Il renseigne toute information pertinente pour la sécurité et l'évolution de l'état de santé du patient. Le contenu minimal du dossier patient tenu par les différentes catégories de professionnels de santé ainsi que ses éléments sont déterminés par règlement grand-ducal, l'avis de la commission nationale pour la protection des données ayant été demandé. (*Loi du 8 mars 2018*) «Ce règlement grand-ducal peut aussi fixer le format, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées,

de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue.»

(2) En fonction de ses attributions, le professionnel de santé intervenant dans la prise en charge du patient est responsable de ce que ses instructions, ses prescriptions et ses prestations, ainsi que toute autre information pertinente pour la sécurité et l'évolution de l'état de santé du patient sont consignés au dossier du patient. Dans le cas où ces éléments sont consignés par un tiers, il lui appartient de les valider.

Pour chaque prestation, le professionnel de santé qui est à l'origine de la prestation est identifié. La date et, le cas échéant, l'heure de la prestation doivent être précisées afin de pouvoir situer chronologiquement la prestation dans le parcours de soins du patient.

(3) Lorsque plusieurs professionnels de santé, médecin ou non médecin, interviennent dans la prise en charge du même patient et ont recours à un dossier patient utilisé de façon partagée, ils sont dispensés de tenir à jour un dossier patient propre pour y consigner ou verser les éléments ou informations déjà valablement documentés. Après la fin de leur prestation, ils gardent accès aux éléments du dossier partagé en rapport avec leur prestation.

(4) Le dépositaire d'un dossier patient est tenu d'en assurer la garde pendant dix ans au moins à partir de la date de la fin de la prise en charge.

(5) Ni le prestataire, ni le patient, ne peuvent avant l'expiration du délai de garde du dossier patient effectuer le retrait d'éléments pertinents pour la tenue du dossier patient.

La rectification d'une inscription inexacte ou incomplète peut être opérée sous la responsabilité du professionnel de santé qui est à l'origine de la prestation. Elle doit être réversible et documentée.

Art.16.Droit d'accès au dossier patient et aux données relatives à sa santé

(1) Le patient a un droit d'accès au dossier patient et à l'ensemble des informations relatives à sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par un prestataire de soins de santé ou toute autre instance médicale.

Il dispose en outre du droit à s'en faire expliquer le contenu. Les explications sont données conformément à l'article 8 paragraphe 2 ci-avant.

(2) Le patient peut exercer son droit d'accès en consultant le dossier patient ou en demandant accès aux données relatives à sa santé. Il peut se faire assister par l'accompagnateur du patient conformément aux dispositions de l'article 7.

Si la consultation du dossier patient ou l'accès aux données relatives à sa santé se fait en dehors de la présence du patient par l'intermédiaire d'une tierce personne physique qui n'est pas un professionnel de santé agissant dans l'exercice de sa profession, celui-ci doit pouvoir se prévaloir d'un écrit daté et signé par le patient. Lorsque le patient, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même, 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 au mandat.

(3) Le patient a en outre le droit d'obtenir une copie de l'intégralité ou d'éléments du dossier patient. Il peut en demander la transmission au prestataire de soins de santé de son choix.

Les copies sont établies sur papier, ou sur un support informatique permettant une consultation ultérieure, au choix du patient et dans la limite des possibilités techniques du prestataire de soins de santé.

La contribution aux frais de copie éventuellement mis à charge du patient ne peut excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi.

(4) Sauf lorsque l'état de santé du patient requiert un accès plus urgent, il est donné suite à ces demandes dans un délai maximal de 15 jours ouvrables à compter de la réception de la demande par le détenteur du dossier patient.

(5) Une consultation d'annonce peut être exigée par le professionnel de santé qui est responsable de la prise en charge du patient ou qui a produit les informations consignées au dossier patient, lorsqu'il estime que la révélation directe de certains éléments du dossier patient peut faire courir un risque au patient.

La première consultation de ces éléments du dossier par le patient n'est alors possible qu'en cas de présence d'un professionnel de santé en mesure de conseiller le patient dans la prise de connaissance de ces informations. Lorsque dans la situation précitée la consultation du dossier patient ou l'accès aux données relatives à sa santé se fait en dehors de la présence du patient par l'intermédiaire d'une tierce personne, celle-ci doit obligatoirement être un professionnel de santé en mesure de conseiller le patient dans la prise de connaissance de ces informations.

(6) Sans préjudice des autres dispositions de la présente loi, l'accès du patient à son dossier de soins partagé s'exerce conformément à l'article 60quater du Code de la sécurité sociale.

Art.17. Annotations personnelles et données concernant des tiers

(1) Les annotations personnelles du professionnel de santé sont des annotations à usage personnel au dossier patient et qui reflètent ses points de réflexions, ses impressions ou considérations.

(2) Les annotations personnelles et les données fournies par des tiers peuvent ne pas être divulguées au patient, pour autant qu'elles n'intéressent ni les soins, ni la continuité des soins. Les données à caractère personnel concernant des tiers ne sont jamais révélées.

Art.18. Confidentialité et secret professionnel

(1) Par dérogation à l'article 458 du Code pénal, le professionnel de santé donne aux proches du patient, après avoir recueilli son consentement, des informations indispensables pour leur permettre d'intervenir dans son intérêt. Le consentement n'est pas requis lorsque le patient, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, est hors d'état de manifester sa volonté et ne s'est pas préalablement opposé à cette levée du secret médical.

L'article 458 du Code pénal s'applique à l'accompagnateur qui assiste le patient dans ses démarches et à la personne de confiance.

(2) Deux ou plusieurs professionnels de la santé peuvent, sauf opposition du patient dûment averti, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier ou toute autre personne morale ou entité au sein duquel des soins de santé sont légalement prestés, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Le patient, dûment informé, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations le concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. Le professionnel de santé qui est à l'origine de la prestation garde toutefois toujours un accès aux éléments du dossier en rapport avec sa prestation.

Art.19. Accès au dossier patient et aux données du patient décédé

(1) Sauf volonté contraire exprimée par écrit de son vivant par le patient disposant de la capacité nécessaire, la personne de confiance éventuellement désignée, le conjoint non séparé de corps, les enfants majeurs, les autres ayants droit du patient, son partenaire légal, ainsi que toute personne qui, au moment du décès, a vécu avec lui en communauté de vie, ont, après son décès, accès au dossier patient du défunt et aux données relatives à sa santé et peuvent s'en faire délivrer copie pour leur permettre de connaître les causes de sa mort, de défendre sa mémoire, ou de faire valoir leurs droits légitimes.

(2) Sauf volonté contraire exprimée par écrit de son vivant par un patient mineur admis conformément à l'article 13 paragraphe 2 à exercer soi-même ses droits, les parents ou toute autre personne investie de l'autorité parentale d'un mineur conservent après le décès de ce dernier un accès discrétionnaire au dossier patient du mineur décédé et aux données relatives à sa santé et peuvent s'en faire délivrer copie sans indication de motifs.

Chapitre 3: Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

Art.20.Mission du service national d'information et de médiation santé

(1) Il est créé, sous l'autorité du ministre, un service national d'information et de médiation santé, qui a pour mission:

1. la prévention des différends par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le prestataire de soins de santé;
2. l'information sur les droits et obligations du patient, de même que sur les droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé;
3. l'information sur le droit d'un prestataire déterminé de prêter des services ou sur toute restriction éventuelle à sa pratique, les normes et orientations en matière de qualité et de sécurité, y compris les dispositions sur la surveillance et l'évaluation des prestataires de soins de santé, ainsi que des informations indiquant quels prestataires de soins de santé sont soumis à ces normes et orientations et des informations sur l'accessibilité des centres hospitaliers aux personnes handicapées.
4. l'émission de recommandations aux prestataires de soins de santé relatives à la mise en oeuvre des droits et obligations du patient et du prestataire de soins de santé, de même que relatives à la gestion des plaintes et différends;
5. l'information sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la médiation dans le domaine de la santé;
6. l'information et le conseil du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa réclamation en l'absence de solution par la voie de la médiation;
7. la conduite, avec l'accord des parties, d'une mission de médiation dans un différend ayant pour objet la prestation de soins de santé;
8. la transmission d'informations et, s'il y a lieu, de suggestions au Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières dont question à l'article 23 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Le service peut, en cas de besoin, se déplacer auprès des parties à la médiation ou établir une présence auprès d'un prestataire de soins de santé.

(2) Le recours au service national d'information et de médiation santé est gratuit.

(3) L'Etat met à la disposition du service national d'information et de médiation santé les locaux nécessaires à son fonctionnement. Les frais de fonctionnement du service national d'information et de médiation santé sont à charge du budget de l'Etat.

(4) Le service national d'information et de médiation santé établit son règlement d'ordre.

(5) Le service national d'information et de médiation santé élabore un rapport annuel qui établit un bilan de son activité et qu'il remet au ministre. Ce rapport peut également contenir des recommandations et expose les difficultés éventuelles que ledit service a rencontrées dans l'exercice de ses missions.

Art.21.Saisine du service national d'information et de médiation santé dans le cadre de sa mission de prévention, d'information et de conseil

(1) Dans le cadre de sa mission de prévention, d'information et de conseil, le service national d'information et de médiation santé peut être saisi par:

- le patient, ou la personne qui le représente dans l'exercice des droits du patient conformément aux articles 12 à 14 de la présente loi;
- après le décès du patient, par l'une des personnes disposant conformément à l'article 19 de la présente loi d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt;
- tout prestataire de soins de santé dans le cadre d'un différend ayant pour objet la prestation de soins de santé.

Le patient peut se faire assister dans ses démarches par un accompagnateur conformément aux dispositions de l'article 7.

La saisine du service national d'information et de médiation santé peut se faire par écrit ou moyennant une déclaration orale faite dans une des langues prévue à l'article 3 de la loi du 24 février 1984 sur le régime des langues.

(2) Sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente, le service national d'information et de médiation santé est en droit d'obtenir communication de tous les éléments pertinents en rapport avec le traitement du dossier dont il a été saisi, notamment les éléments médicaux, soignants ou administratifs du dossier patient. Il peut prendre tous renseignements utiles auprès des organismes de sécurité sociale ou d'autres administrations.

Art.22.Procédure de médiation devant le service national d'information et de médiation santé

(1) Avec l'accord des parties le service national d'information et de médiation santé peut procéder à la médiation des parties à un différend ayant pour objet la prestation de soins de santé.

Le patient peut se faire assister par un accompagnateur conformément aux dispositions de l'article 7.

(2) Le médiateur peut, avant d'accepter une mission de médiation, proposer aux parties une rencontre informelle d'échange et de discussion, en l'absence de leurs conseils juridiques éventuels. Dès l'acceptation de la mission de médiation, les parties sont libres de se faire assister par leurs conseils juridiques éventuels.

(3) Dans le cadre du processus de médiation et avec l'accord des parties en médiation, le médiateur peut se faire assister par un expert à chaque fois qu'il l'estimera nécessaire pour assumer sa mission.

(4) L'assureur éventuel d'une des parties à la médiation est admis à intervenir dans le processus de médiation.

Si au cours du processus de médiation il apparaît que le différend est susceptible d'engager la responsabilité d'une des parties à la médiation, le médiateur informe cette partie que conformément à l'article 88 de la loi modifiée sur le contrat d'assurance l'indemnisation ou la promesse d'indemnisation de la personne lésée faite par l'assuré sans l'accord de l'assureur n'est pas opposable à ce dernier.

(5) Lorsque les parties parviennent à un accord total ou partiel de médiation, celui-ci fait l'objet d'un écrit daté et signé par toutes les parties à la médiation.

L'accord de médiation contient les engagements précis pris par chacune des parties. Les articles 2044 et suivants du Code civil sont applicables.

Art.23.Statut du médiateur et du personnel affecté au service du médiateur

(1) Le service national d'information et de médiation santé est dirigé par un médiateur nommé par le Gouvernement en Conseil et ce sur proposition du ministre ayant la Santé dans ses attributions.

Le médiateur doit être porteur d'un diplôme d'études universitaires documentant un cycle complet d'études d'au moins quatre années. Il doit disposer d'une expérience professionnelle d'au moins cinq années dans un domaine utile à l'exercice de sa fonction. Dans l'exercice de sa fonction, il est dispensé de l'agrément en tant que médiateur agréé prévu à l'article 1251-3 du Nouveau Code de procédure civile.

Il est nommé pour une durée de cinq ans et son mandat est renouvelable.

(2) Le Gouvernement en Conseil peut, sur proposition du ministre ayant la Santé dans ses attributions, révoquer le médiateur lorsqu'il se trouve dans une incapacité durable d'exercer son mandat ou lorsqu'il perd l'honorabilité requise pour l'exercice de son mandat.

(3) En cas de démission, de décès ou de révocation avant terme du mandat du médiateur, il est pourvu à son remplacement au plus tard dans un délai de trois mois à partir de la vacance de poste par la nomination d'un nouveau médiateur qui achève le mandat de celui qu'il remplace.

(4) Lorsque le médiateur est issu du secteur public, il est mis en congé pour la durée de son mandat de son administration d'origine avec maintien de tous les avantages et droits découlant de son statut

respectif. Il continue notamment à jouir de son traitement, indemnité ou salaire suivant le cas, ainsi que du régime de sécurité sociale correspondant à son statut.

En cas de cessation du mandat avant l'âge de la retraite, il est réintégré sur sa demande dans son administration d'origine à un emploi correspondant au traitement qu'il a touché précédemment, augmenté des échelons et majorations de l'indice se rapportant aux années de service passées comme médiateur jusqu'à concurrence du dernier échelon du grade. A défaut de vacance, il peut être créé un emploi hors cadre correspondant à ce traitement. Cet emploi est supprimé de plein droit à la première vacance qui se produit dans une fonction appropriée du cadre normal.

(5) Lorsque le médiateur est issu du secteur privé, il touche une rémunération calculée par référence à la réglementation fixant le régime des indemnités des employés occupés dans les administrations et services de l'Etat qui est applicable en la matière, sur base d'une décision individuelle prise en vertu de l'article 23 du règlement grand-ducal du 28 juillet 2000 fixant le régime des indemnités des employés occupés dans les administrations et services de l'Etat.

Il reste affilié au régime de sécurité sociale auquel il était soumis pendant l'exercice de sa dernière occupation.

En cas de cessation du mandat, il touche pendant une durée maximale d'un an une indemnité d'attente mensuelle correspondant au salaire ou traitement mensuel moyen du dernier revenu professionnel cotisable annuel mis en compte au titre de sa carrière d'assurance en cours avant le début de sa fonction de médiateur.

Cette indemnité d'attente est réduite dans la mesure où l'intéressé touche un revenu professionnel ou bénéficie d'une pension personnelle.

Le médiateur bénéficie d'une indemnité spéciale tenant compte de l'engagement requis par les fonctions, à fixer par règlement grand-ducal.

(6) Le secrétariat du service national d'information et de médiation santé est assuré par des fonctionnaires et employés de l'Etat. Ces personnes peuvent être détachées de l'administration gouvernementale.

(7) Le médiateur ainsi que tous les autres membres ou collaborateurs du service national de médiation santé sont soumis au secret professionnel dans l'exercice de leur mission. L'article 458 du Code pénal leur est applicable.

(8) La fonction de médiateur au sein du service national d'information et de médiation santé est incompatible avec l'exercice de toute autre fonction ou mission au sein ou pour le compte d'un établissement hospitalier, d'un autre prestataire de soins de santé ou d'une association ayant la défense des intérêts du patient dans ses missions, à l'exception d'une mission dans le domaine de la médiation.

Chapitre 4: Dispositions modificatives, abrogatoire et finales

Art.24.Modifications de la loi hospitalière

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

- 1°) Le second tiret de l'article 11 de la loi précitée est remplacé par la disposition suivante:
«- aux projets de construction ou de modernisation.»
- 2°) Le second alinéa de l'article 15 de la loi précitée est remplacé par la disposition suivante:
«Le fonds est destiné à honorer les engagements pris par l'Etat, y compris les frais financiers.»
- 3°) L'article 16 est rétabli dans la teneur suivante:
«Pour chaque projet dépassant le seuil fixé à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat, une loi spéciale fixe le montant des aides à charge du fonds à ne pas dépasser.»
- 4°) A l'article 31, premier tiret du second alinéa, le numéro d'article «23» est remplacé par le numéro d'article «22».

5°) L'article 36 de la loi précitée est remplacé par la disposition suivante:

«Pour les établissements hospitaliers visés à l'article 1er sous a), b) et c), un dossier patient individuel du patient hospitalier retrace, de façon chronologique et fidèle, l'état de santé du patient et son évolution au cours de la prise en charge. Il comporte les volets médical, de soins et administratif et renseigne toute information pertinente pour la sécurité et l'évolution de l'état de santé du patient. Le contenu minimal du dossier individuel du patient hospitalier et du résumé clinique de sortie est déterminé par règlement grand-ducal, l'avis de la Commission nationale pour la protection des données ayant été demandé. Ce règlement grand-ducal fixe aussi le format, les codifications, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue.

Sans préjudice des dispositions particulières de la présente loi et de ses règlements d'applications, les dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient s'appliquent au dossier individuel du patient hospitalier.

A la sortie de l'établissement hospitalier, il est établi un résumé clinique par le ou les médecin(s) traitant(s).

Si la codification d'éléments du dossier patient aux fins de leur utilisation secondaire ultérieure légitime est déléguée à un tiers encodeur disposant des qualifications nécessaires, les informations pertinentes lui sont transmises par les intervenants de façon à ce que la codification puisse être faite fidèlement et sans délai.

Le directeur de l'établissement hospitalier veille à l'observation des prescriptions prévues par le présent article. Il prend les mesures organisationnelles requises pour prévenir tout accès illicite au dossier et assurer le respect des droits du patient à l'égard de son dossier conformément à la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.»

6°) L'intitulé du chapitre 10 est remplacé par l'intitulé suivant: «Droits et devoirs des patients, sécurité, assurance qualité et gestion des plaintes».

7°) L'article 37 actuel de la loi précitée est remplacé par la disposition suivante:

«Chaque patient reçoit, lors de son admission dans un établissement hospitalier, une information par écrit sur ses droits et ses devoirs, ainsi que sur les conditions générales de son séjour.

Cette information porte en outre sur les mécanismes de traitement d'une éventuelle plainte et les possibilités de résolution de celle-ci par la voie de la médiation. Il inclut les modalités pratiques de saisine du service national d'information et de médiation santé.»

8°) L'article 38 actuel de la loi précitée est remplacé par la disposition suivante:

«Dans chaque établissement hospitalier, l'organisme gestionnaire met en place un mécanisme de traitement et de ventilation des suggestions, doléances et plaintes lui adressées.

Le gestionnaire des plaintes peut être saisi par le patient, ou la personne qui le représente dans l'exercice des droits du patient conformément aux articles 12 à 14 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, ainsi que, après le décès du patient, par l'une des personnes disposant conformément à l'article 19 de la prédite loi d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt.

La saisine peut se faire par une réclamation écrite ou moyennant une déclaration orale faite dans une des langues prévue à l'article 3 de la loi du 24 février 1984 sur le régime des langues.

Sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente, le directeur de l'établissement hospitalier, le gestionnaire des plaintes et tout autre collaborateur délégué à cet effet par le directeur est en droit de requérir et d'obtenir communication de tous les éléments pertinents en rapport avec le traitement du dossier dont il a été saisi, notamment les éléments médicaux, soignants ou administratifs du dossier patient. Il peut prendre tous renseignements utiles auprès des organismes de sécurité sociale ou d'autres administrations.»

9°) L'article 39 actuel de la loi précitée est remplacé par une disposition ayant la teneur suivante:

«Le directeur de la Santé instruit toute plainte faisant état d'un manquement général ou du fonctionnement défectueux d'un service hospitalier.

La plainte peut émaner d'un patient, d'une association ayant la défense des intérêts du patient dans ses missions ou d'un prestataire de soins de santé. La plainte peut par ailleurs émaner d'une personne représentant valablement le patient conformément aux dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. Après le décès du patient elle peut émaner des personnes disposant conformément à l'article 19 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt.

Dans l'exercice de sa mission d'instruction, le directeur de la Santé ou le fonctionnaire de sa direction délégué par lui à cet effet a notamment accès aux dossiers individuels du patient hospitalier dont question à l'article 36 de la présente loi.

Le directeur de la Santé informe le plaignant, le directeur de l'établissement et le ministre ayant dans ses attributions la Santé du résultat de son instruction.»

10°) Les articles 40, 41, 43, 44 et 46 de la loi précitée sont abrogés.

11°) Les articles 42, 45 et 47 à 54 sont renumérotés et deviennent respectivement les articles 40, 41 et 42 à 49 nouveaux.

Art.25.Modification de la loi relative à la protection des données

L'article 28 paragraphe 3 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel est remplacé par la disposition suivante:

«(3) L'accès aux données du patient détenus par un prestataire de soins de santé s'exerce conformément aux dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.»

Art.26.Disposition abrogatoire

L'article 506-1 du Code civil est abrogé.

Art.27.Forme abrégée

La référence à la présente loi peut se faire sous une forme abrégée en recourant à l'intitulé suivant: «Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.»

Art.28.Entrée en vigueur

La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial, à l'exception des dispositions du chapitre 3 qui entreront en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit la publication de la présente loi au Mémorial.

*

EXPOSE DES MOTIFS

Dix ans après l'entrée en vigueur de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, le présent projet de loi propose d'y apporter des modifications à la lumière de son application au cours des dernières années.

Entre 2009 et 2010, il y a eu 5 déclarations d'euthanasies au Luxembourg. Pour la période de 2011 à 2012, ce nombre s'élevait à 14, ensuite à 9 en 2013, à 7 en 2014, à 8 en 2015, à 10 en 2016, à 11 en 2017 et à 8 en 2018. Le nombre des déclarations d'euthanasies reste constant depuis l'entrée en vigueur de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Ces chiffres reflètent le nombre d'euthanasies et d'assistances au suicide qui s'inscrivent dans le cadre de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ; loi qui exige entre autres que le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fasse état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique. À titre d'exemple, au cours des années 2017-2018, les affections étaient dans deux cas d'euthanasie une maladie neurodégénérative, dans un cas une maladie neuro-vasculaire, dans un cas une maladie systémique et dans tous les autres cas des cancers.

Le présent projet de loi se propose de modifier la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ainsi que la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

La modification suggérée de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance propose d'assimiler la mort d'une personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide à une mort naturelle ; ceci à l'image de l'article 15 de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

Cette adaptation a pour finalité de régler les conséquences du décès, notamment en ce qui concerne la communication des circonstances de la mort aux autorités publiques, ainsi qu'en ce qui concerne les contrats d'assurance, plus particulièrement l'assurance-vie qu'aurait pu souscrire le patient décédé suite à une euthanasie ou assistance au suicide, visés au chapitre II de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance. De là, l'euthanasie et l'assistance au suicide ne seront plus considérées comme équivalent à un suicide, qui constitue un risque exclu au sens de l'article 103 de la loi précitée.

Ensuite, le présent projet de loi se propose de compléter la composition de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation, en prévoyant la possibilité de nommer des membres suppléants.

Enfin, le présent projet de loi vise également à modifier la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, qui s'applique aux soins de santé, dont font partie les soins en situation de fin de vie. Le projet de loi envisage d'insérer à l'article 12 de la loi précitée, la référence à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. La personne de confiance désignée au sens de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient sera ainsi également la personne de confiance pour les questions relatives aux soins en situation de fin de vie.

*

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article premier

Le premier point de l'article premier prévoit la possibilité de nommer des membres suppléants au sein de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation afin de faciliter son fonctionnement. En effet, le cinquième rapport à la Chambre des Députés de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation a évoqué la difficulté de fixer des réunions de la Commission, en l'absence de désignation de membres suppléants.

Le point 2 de l'article premier prévoit, à l'image de l'article 15 de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, d'assimiler la mort d'une personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide à une mort naturelle.

La présente disposition vise à clarifier le cas de figure des non-exécutions des contrats d'assurance-vie pour risques exclus au sens de l'article 103 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance.

En outre, la présente modification règlera les conséquences du décès, notamment en ce qui concerne la communication des circonstances de la mort aux autorités publiques.

Article 2

Le point 1 et le point 2 de l'article 2 du présent avant-projet de loi visent à modifier l'article 12, paragraphe 5 de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient dans le but de préciser que la personne de confiance à laquelle il est fait référence, est également la personne de confiance au sens de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Ainsi, à l'article 12 de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, il n'est pas uniquement fait référence à la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie mais également à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

À ce sujet, il y a lieu de préciser que la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient s'applique à la relation qui se met en place quand un patient s'adresse à un prestataire de soins de santé.

Tel qu'il découle des commentaires des articles du projet de loi n°6469 relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé, devenu la loi précitée, il y a lieu d'entendre par « soins de santé » également les soins en situation de fin de vie, lorsque le médecin pratique des soins palliatifs, respectivement lorsque le médecin est amené à répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide. Il en découle que la personne de confiance au sens de la loi précitée est également celle désignée pour les soins en fin de vie, soins palliatifs, euthanasie et assistance au suicide confondus.

*

FICHE D'ÉVALUATION D'IMPACT

Coordonnées du projet

Intitulé du projet :	Projet de loi modifiant : 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ; 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient
Ministère initiateur :	Ministère de la Santé
Auteur(s) :	Delphine Stoffel
Téléphone :	247-85554
Courriel :	
Objectif(s) du projet :	Le présent projet de loi se propose de modifier la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ainsi que la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.
Autre(s) Ministère(s)/Organisme(s)/Commune(s)impliqué(e)(s) :	
Date :	01/10/2019

Mieux légiférer

1. Partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens, ...) consultée(s) : Oui Non
Si oui, laquelle/lesquelles :
Remarques/Observations :

2. Destinataires du projet :

– Entreprises/Professions libérales :	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
– Citoyens :	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
– Administrations :	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

3. Le principe « Think small first » est-il respecté ? Oui Non N.a.¹
(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l'entreprise et/ou son secteur d'activité ?)
Remarques/Observations :

4. Le projet est-il lisible et compréhensible pour le destinataire ? Oui Non
Existe-t-il un texte coordonné ou un guide pratique, mis à jour et publié d'une façon régulière ? Oui Non
Remarques/Observations :

5. Le projet a-t-il saisi l'opportunité pour supprimer ou simplifier des régimes d'autorisation et de déclaration existants, ou pour améliorer la qualité des procédures ? Oui Non
Remarques/Observations :

¹ N.a. : non applicable.

6. Le projet contient-il une charge administrative² pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?) Oui Non
- Si oui, quel est le coût administratif³ approximatif total ? (nombre de destinataires x coût administratif par destinataire)
7. a) Le projet prend-il recours à un échange de données interadministratif (national ou international) plutôt que de demander l'information au destinataire ? Oui Non N.a.
- Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?
- b) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel⁴ ? Oui Non N.a.
- Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?
8. Le projet prévoit-il :
- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ? Oui Non N.a.
 - des délais de réponse à respecter par l'administration ? Oui Non N.a.
 - le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ? Oui Non N.a.
9. Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ? Oui Non N.a.
- Si oui, laquelle :
10. En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ? Oui Non N.a.
- Sinon, pourquoi ?
11. Le projet contribue-t-il en général à une :
- a) simplification administrative, et/ou à une Oui Non
 - b) amélioration de la qualité réglementaire ? Oui Non
- Remarques/Observations :
12. Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ? Oui Non N.a.
13. Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office) ? Oui Non
- Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?
14. Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ? Oui Non N.a.
- Si oui, lequel ?
- Remarques/Observations :

2 Il s'agit d'obligations et de formalités administratives imposées aux entreprises et aux citoyens, liées à l'exécution, l'application ou la mise en oeuvre d'une loi, d'un règlement grand-ducal, d'une application administrative, d'un règlement ministériel, d'une circulaire, d'une directive, d'un règlement UE ou d'un accord international prévoyant un droit, une interdiction ou une obligation.

3 Coût auquel un destinataire est confronté lorsqu'il répond à une obligation d'information inscrite dans une loi ou un texte d'application de celle-ci (exemple: taxe, coût de salaire, perte de temps ou de congé, coût de déplacement physique, achat de matériel, etc.).

4 Loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (www.cnpd.lu)

Egalité des chances

15. Le projet est-il :
- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - Si oui, expliquez de quelle manière :
 - neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - Si oui, expliquez pourquoi :
 - négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - Si oui, expliquez de quelle manière :
16. Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? Oui Non N.a.
- Si oui, expliquez de quelle manière :

Directive « services »

17. Le projet introduit-il une exigence relative à la liberté d'établissement soumise à évaluation⁵ ? Oui Non N.a.
- Si oui, veuillez annexer le formulaire A, disponible au site Internet du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur : www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html
18. Le projet introduit-il une exigence relative à la libre prestation de services transfrontaliers⁶ ? Oui Non N.a.
- Si oui, veuillez annexer le formulaire B, disponible au site Internet du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur : www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

*

FICHE FINANCIERE

Le présent projet de loi a un impact neutre, ne prévoyant pas de mesure à charge du Budget de l'Etat.

⁵ Article 15, paragraphe 2 de la directive « services » (cf. Note explicative, p. 10-11)

⁶ Article 16, paragraphe 1, troisième alinéa et paragraphe 3, première phrase de la directive « services » (cf. Note explicative, p. 10-11)

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

7480/01

N° 7480¹**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2019-2020

PROJET DE LOI

modifiant :

- 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;
- 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient

* * *

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

(16.6.2020)

Par dépêche du 25 septembre 2019, le Premier ministre, ministre d'État a soumis à l'avis du Conseil d'État le projet de loi sous rubrique, élaboré par le ministre de la Santé.

Au texte du projet de loi étaient joints un exposé des motifs, un commentaire des articles, une fiche d'évaluation d'impact, l'avis du Collège médical ainsi que les textes coordonnés de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide et de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient que le projet de loi sous rubrique tend à modifier.

La lettre de saisine précisait encore que le projet de loi n'a pas d'impact sur le budget de l'État.

*

EXAMEN DES ARTICLES*Article 1^{er}*

L'article 1^{er} modifie la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Point 1°

Au point 1°, les auteurs proposent de prévoir un régime de suppléance pour la Commission nationale de contrôle et d'évaluation.

Le Conseil d'État conçoit la nécessité de ce complément. Il considère qu'il convient de préciser que la désignation des suppléants se fait dans les conditions prévues aux alinéas 2 à 6, de façon à assurer que les règles de la composition restent respectées. Il considère encore qu'il serait utile de prévoir que la suppléance doit s'opérer dans chaque « sous-groupe ».

Il propose de retenir le libellé suivant :

« Il est désigné pour chacun des membres ci-avant un membre suppléant dans les conditions et selon les modalités prévues pour la désignation du membre effectif. »

Point 2°

Sous le point 2°, il est prévu d'insérer dans la loi précitée du 16 mars 2009 un nouvel article 15bis aux termes duquel le décès à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide, dans le cadre de la loi, est assimilé à une mort naturelle pour ce qui est de l'exécution des contrats. Les auteurs expliquent s'être inspirés de l'article 15 de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

L'objectif du nouveau dispositif est de rencontrer les problèmes liés à l'exécution des contrats d'assurance-vie pour risques exclus au sens de l'article 103 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance.

Le Conseil d'État ne peut pas suivre les auteurs quand ils considèrent que la modification règlera les conséquences du décès en ce qui concerne la communication des circonstances de la mort aux autorités publiques. Le dispositif se réfère au seul secteur des contrats d'assurance. Les autorités judiciaires auront toujours le pouvoir de contrôler dans quelles circonstances le décès est intervenu.

Article 2

L'article 2 modifie la loi précitée du 24 juillet 2014.

Point 1°

Le Conseil d'État marque son accord avec le complément qui apporte une clarification utile à l'article 12, paragraphe 5, de la loi précitée du 24 juillet 2014.

Point 2°

Sans observation.

*

OBSERVATIONS D'ORDRE LEGISTIQUE

Article 1^{er}

En ce qui concerne le point 2°, le Conseil d'État signale qu'à l'occasion de l'insertion d'un article, le texte nouveau est précédé de l'indication du numéro correspondant qui est souligné, au lieu d'être mis en gras, pour mieux le distinguer du numéro des articles de l'acte modificatif.

Article 2

Les dispositions modificatives sont à effectuer exclusivement à l'article 12, paragraphe 5, de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, de sorte qu'il convient de reformuler l'article 2 comme suit :

« **Art. 2.** L'article 12, paragraphe 5, de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient est modifié comme suit :

1° L'alinéa 1^{er} est complété par les termes « [...] ». »

2° À l'alinéa 2, les termes [...] ». »

Ainsi délibéré en séance plénière et adopté à l'unanimité des 22 votants, le 16 juin 2020.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

La Présidente,
Agy DURDU

7480/02

N° 7480²**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2020-2021

PROJET DE LOI

modifiant :

- 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;
- 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient

* * *

**RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA SANTE
ET DES SPORTS**

(2.2.2021)

La Commission se compose de : M. Mars DI BARTOLOMEO, Président ; Mme Nancy ARENDT épouse KEMP, M. Gilles BAUM, M. Marc BAUM, M. Sven CLEMENT, Mme Francine CLOSENER, M. Jeff ENGELEN, Mme Chantal GARY, M. Gusty GRAAS, M. Jean-Marie HALSDORF, M. Marc HANSEN, Mme Martine HANSEN, Mme Carole HARTMANN, Mme Cécile HEMMEN, Mme Françoise HETTO-GAASCH, M. Claude LAMBERTY, Mme Josée LORSCHÉ, M. Georges MISCHO, M. Marc SPAUTZ, M. Claude WISELER, Membres.

*

I. ANTECEDENTS

Le projet de loi élargé a été déposé à la Chambre des Députés par le Ministre de la Santé en date du 3 octobre 2019. Le texte du projet de loi est accompagné d'un exposé des motifs, d'un commentaire des articles, d'une fiche d'évaluation d'impact, d'une fiche financière ainsi que des textes coordonnés de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide et de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient que le projet de loi sous rubrique tend à modifier.

Le projet de loi a été renvoyé à la Commission de la Santé et des Sports en date du 17 octobre 2019.

Le Conseil d'État a rendu son avis en date du 16 juin 2020.

Dans sa réunion du 20 octobre 2020, la Commission de la Santé et des Sports a désigné Madame Cécile Hemmen comme rapportrice du projet de loi. Lors de cette même réunion, la Commission de la Santé et des Sports a entendu la présentation du projet de loi et examiné l'avis du Conseil d'État.

La Commission de la Santé et des Sports a adopté le présent rapport lors de sa réunion du 2 février 2021.

*

II. OBJET DU PROJET DE LOI

Le présent projet de loi se propose de modifier la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ainsi que la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

En effet, dix ans après l'entrée en vigueur de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, le présent projet de loi vise à adapter certaines dispositions s'imposant à la lumière d'expériences faites lors de l'application de la loi au cours des dernières années. Les modifications prévues

correspondent à des recommandations formulées dès le deuxième rapport de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide¹, rapport portant sur l'application de la loi pendant les années 2011 et 2012.

La première modification propose d'assimiler la mort d'une personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide à une mort naturelle – ceci à l'image de l'article 15 de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Cette adaptation a pour finalité de régler les conséquences du décès, notamment en ce qui concerne les contrats d'assurance et plus particulièrement les contrats d'assurance-vie, visés au chapitre II de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, que le patient décédé suite à une euthanasie ou une assistance au suicide aurait pu souscrire. L'euthanasie et l'assistance au suicide ne seront plus considérées comme équivalent à un suicide, qui constitue un risque exclu au sens de l'article 103 de la loi précitée du 27 juillet 1997.

Ensuite, le présent projet de loi se propose de compléter la composition de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation en prévoyant la possibilité de nommer des membres suppléants pouvant remplacer, le cas échéant, les membres effectifs et facilitant par là l'organisation des réunions de la Commission conformément aux conditions prévues par la loi, notamment en ce qui concerne le quorum nécessaire pour statuer.

Enfin, le présent projet de loi vise également à modifier la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient qui s'applique aux soins de santé et qui cible donc également les soins en situation de fin de vie. Le projet de loi envisage d'insérer à l'article 12 de la loi du 24 juillet 2014 précitée la référence à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Ainsi, la personne de confiance désignée au sens de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient correspondra à la personne de confiance pour les questions relatives aux soins en situation de fin de vie.

Il convient de noter que selon les différents rapports de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, le nombre des déclarations d'euthanasies reste constant depuis l'entrée en vigueur de la loi du 16 mars 2009 précitée : entre 2009 et 2010, il y a eu cinq déclarations d'euthanasie au Luxembourg ; ce nombre s'élevait à quatorze pendant la période de 2011 à 2012, à neuf en 2013, à sept en 2014, à huit en 2015, à dix en 2016, à onze en 2017 et à huit en 2018.

Ces chiffres reflètent le nombre d'euthanasies et d'assistances au suicide qui s'inscrivent dans le cadre des conditions prévues par la loi du 16 mars 2009 exigeant entre autres que le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fasse état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique.

À titre d'exemple, au cours des années 2017 et 2018, les patients ayant introduit une demande d'euthanasie souffraient dans deux cas d'une maladie neurodégénérative, dans un cas d'une maladie neurovasculaire, dans un cas d'une maladie systémique et dans tous les autres cas de cancers.

*

¹ L'article 9 de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide prévoit que la Commission nationale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi « 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. »

III. AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT

Dans son avis du 16 juin 2020, le Conseil d'État considère que la désignation des suppléants devra se faire dans le respect des règles de composition applicables à la désignation des membres effectifs.

En ce qui concerne l'assimilation, pour ce qui est de l'exécution de contrats, d'un décès à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide à une mort naturelle, la Haute Corporation comprend qu'il s'agit de régler les problèmes liés à l'exécution des contrats d'assurance-vie. Par contre, elle n'estime pas que la modification prévue aura un impact sur la communication des circonstances de la mort aux autorités publiques. Ainsi, ces circonstances pourront toujours faire l'objet d'un contrôle par la justice en cas de besoin.

*

IV. COMMENTAIRE DES ARTICLES

Il a été décidé de reprendre les observations d'ordre légistique formulées par le Conseil d'État dans son avis du 16 juin 2020.

Article 1^{er}

L'article 1^{er} modifie la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Point 1^o

Le point 1^o vise à insérer un nouvel alinéa 8 à l'article 6, point 2^o, de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Le nouvel alinéa 8 prévoit la possibilité de nommer des membres suppléants au sein de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide afin de faciliter le fonctionnement de celle-ci. En effet, le cinquième rapport à la Chambre des Députés de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation a évoqué la difficulté de fixer des réunions de ladite Commission en l'absence de désignation de membres suppléants.

Alors que le Conseil d'État conçoit la nécessité de ce complément, il considère, dans son avis du 16 juin 2020, qu'il convient de préciser que la désignation des suppléants se fasse dans les conditions prévues aux alinéas 2 à 6, de façon à assurer que les règles de la composition restent respectées. Il considère encore qu'il serait utile de prévoir que la suppléance doit s'opérer dans chaque « *sous-groupe* ».

La Haute Corporation propose dès lors de retenir le libellé suivant :

« Il est désigné pour chacun des membres ci-avant un membre suppléant dans les conditions et selon les modalités prévues pour la désignation du membre effectif. »

La Commission de la Santé et des Sports a décidé de faire sienne la proposition de texte émise par le Conseil d'État.

Point 2^o

Sous le point 2^o, il est prévu d'insérer dans la loi précitée du 16 mars 2009 un nouvel article *15bis* aux termes duquel le décès à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide, dans le cadre de la loi, est assimilé à une mort naturelle pour ce qui est de l'exécution des contrats. Cette disposition s'inspire de l'article 15 de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

L'objectif du nouveau dispositif est de résoudre les problèmes liés à l'exécution des contrats d'assurance-vie pour risques exclus au sens de l'article 103 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance.

Dans le commentaire des articles accompagnant le projet de loi, il est encore précisé que la présente modification réglera les conséquences du décès, notamment en ce qui concerne la communication des circonstances de la mort aux autorités publiques.

Le Conseil d'État note, dans son avis du 16 juin 2020, qu'il ne peut pas suivre les auteurs quand ils considèrent que la modification réglera les conséquences du décès en ce qui concerne la communication des circonstances de la mort aux autorités publiques. Il constate que le dispositif se réfère au seul

secteur des contrats d'assurance et que les autorités judiciaires auront toujours le pouvoir de contrôler dans quelles circonstances le décès est intervenu.

La Commission de la Santé et des Sports a pris note de cette observation du Conseil d'État.

Article 2

L'article 2 modifie l'article 12, paragraphe 5, de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Point 1°

Le point 1° modifie l'alinéa 1^{er} du paragraphe 5 de l'article 12 de la loi précitée du 24 juillet 2014 dans le but de préciser que la personne de confiance à laquelle il est fait référence est également la personne de confiance au sens de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Ainsi, à l'article 12 de ladite loi, il est fait référence non seulement à la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, mais également à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

À ce sujet, il y a lieu de préciser que la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient s'applique à la relation qui se met en place quand un patient s'adresse à un prestataire de soins de santé.

Tel qu'il découle du commentaire des articles du projet de loi n°6469 relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé, devenu la loi précitée, il y a lieu d'entendre par « *soins de santé* » également les soins en situation de fin de vie, lorsque le médecin pratique des soins palliatifs ou lorsque le médecin est amené à répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide. Il en découle que la personne de confiance au sens de la loi précitée est également celle désignée pour les soins en fin de vie, soins palliatifs, euthanasie et assistance au suicide confondus.

Le Conseil d'État marque son accord avec le complément qui apporte une clarification utile à l'article 12, paragraphe 5, de la loi précitée du 24 juillet 2014.

Point 2°

Pour les raisons évoquées à l'endroit du point 1° de l'article 2, le point 2° modifie l'alinéa 2 du paragraphe 5 de l'article 12 de la loi précitée du 24 juillet 2014 dans le but de préciser que la personne de confiance à laquelle il est fait référence est également la personne de confiance au sens de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Le libellé du point 2° de l'article 2 ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'État quant au fond.

*

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission de la Santé et des Sports recommande à la Chambre des Députés d'adopter le projet de loi 7480 dans la teneur qui suit :

*

V. TEXTE PROPOSE PAR LA COMMISSION

PROJET DE LOI

modifiant :

1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;

2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient

Art. 1^{er}. La loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide est modifiée comme suit :

1° À la suite de l'article 6, point 2, alinéa 7, il est inséré un nouvel alinéa 8, libellé comme suit :

« Il est désigné pour chacun des membres ci-avant un membre suppléant dans les conditions et selon les modalités prévues pour la désignation du membre effectif. »

2° À la suite de l'article 15, est inséré le nouvel article 15bis libellé comme suit :

« Art. 15bis. La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des dispositions de la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie. »

Art. 2. L'article 12, paragraphe 5, de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient est modifiée comme suit :

1° L'alinéa 1^{er} est complété par les termes :

« ainsi qu'au sens de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. »

2° À l'alinéa 2, les termes « de la loi précitée » sont remplacés par les mots suivants :

« des lois précitées »

Luxembourg, le 2 février 2021

La Rapportrice,
Cécile HEMMEN

Le Président,
Mars DI BARTOLOMEO

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

7480

SEANCE

du 11.02.2021

BULLETIN DE VOTE (4)

Projet de loi N°7480

Nom des Députés	Vote			Procuration (nom du député)	Nom des Députés	Vote			Procuration (nom du député)
	Oui	Non	Abst.			Oui	Non	Abst.	

CSV

Mme ADEHM	Diane	x			M. MISCHO	Georges	x		
Mme ARENDT (ép. KEMP)	Nancy	x		(GLODEN Léon)	Mme MODERT	Octavie	x		
M. EICHER	Emile	x			M. MOSAR	Laurent	x		
M. EISCHEN	Félix	x			Mme REDING	Viviane	x		
M. GALLES	Paul	x			M. ROTH	Gilles	x		
M. GLODEN	Léon	x			M. SCHAAF	Jean-Paul	x		
M. HALSDORF	Jean-Marie	x		(KAES Aly)	M. SPAUTZ	Marc	x		
Mme HANSEN	Martine	x			M. WILMES	Serge	x		
Mme HETTO-GAASCH	Françoise	x			M. WISELER	Claude	x		
M. KAES	Aly	x			M. WOLTER	Michel	x		(HANSEN Martine)
M. LIES	Marc	x							

déi gréng

Mme AHMEDOVA	Semiray	x			Mme GARY	Chantal	x		
M. BACK	Carlo	x			M. HANSEN	Marc	x		
M. BENOY	François	x		(LORSCHÉ Josée)	Mme LORSCHÉ	Josée	x		
Mme BERNARD	Djuna	x			M. MARGUE	Charles	x		
Mme EMPAIN	Stéphanie	x							

LSAP

Mme ASSELBORN-BINTZ	Simone	x			M. DI BARTOLOMEO	Mars	x		
M. BIANCALANA	Dan	x			M. ENGEL	Georges	x		
Mme BURTON	Tess	x			M. HAAGEN	Claude	x		
Mme CLOSENER	Françine	x			Mme HEMMEN	Cécile	x		
M. CRUCHTEN	Yves	x			Mme MUTSCH	Lydia	x		

DP

M. ARENDT	Guy	x			M. GRAAS	Gusty	x		
M. BAULER	André	x			M. HAHN	Max	x		
M. BAUM	Gilles	x			Mme HARTMANN	Carole	x		
Mme BEISSEL	Simone	x			M. KNAFF	Pim	x		
M. COLABIANCHI	Frank	x			M. LAMBERTY	Claude	x		
M. ETGEN	Fernand	x			Mme POLFER	Lydie	x		(BAUM Gilles)

ADR

M. ENGELEN	Jeff			x	(MOSAR Laurent)	M. KEUP	Fred			x	(ROTH Gilles)
M. KARTHEISER	Fernand			x	(REDING Roy)	M. REDING	Roy			x	

déi Lénk

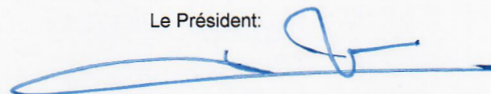
M. BAUM	Marc	x			M. WAGNER	David	x		
---------	------	---	--	--	-----------	-------	---	--	--

Piraten

M. CLEMENT	Sven	x			M. GOERGEN	Marc	x		
------------	------	---	--	--	------------	------	---	--	--

	Vote		
	Oui	Non	Abst.
Votes personnels	51	0	1
Votes par procuration	5	0	3
TOTAL	56	0	4

Le Président:



Le Secrétaire général:



7480/03

N° 7480³**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2020-2021

PROJET DE LOI

modifiant :

- 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;
- 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient

* * *

**DISPENSE DU SECOND VOTE CONSTITUTIONNEL
PAR LE CONSEIL D'ETAT**

(19.2.2021)

Le Conseil d'État,

appelé par dépêche du Président de la Chambre des députés du 11 février 2021 à délibérer sur la question de dispense du second vote constitutionnel du

PROJET DE LOI

modifiant :

- 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;
- 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient

qui a été adopté par la Chambre des députés dans sa séance du 11 février 2021 et dispensé du second vote constitutionnel ;

Vu ledit projet de loi et l'avis émis par le Conseil d'État en sa séance du 16 juin 2021 ;

se déclare d'accord

avec la Chambre des députés pour dispenser le projet de loi en question du second vote prévu par l'article 59 de la Constitution.

Ainsi décidé en séance publique à l'unanimité des 14 votants, le 19 février 2021.

*Pour le Secrétaire général,**L'attaché,*

Ben SEGALLA

La Présidente,

Agy DURDU

Impression: CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

30



Commission de la Santé et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 2 février 2021

La réunion a eu lieu par visioconférence.

Ordre du jour :

1. 7332 Projet de loi portant création d'un Observatoire national de la santé et modification
1° de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière;
2° de la loi modifiée du 25 novembre 1982 relative aux organes destinés à la transplantation;
3° de la loi modifiée du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé »
- Rapporteur : Madame Francine Closener

- Présentation et adoption d'un projet de rapport
2. 7480 Projet de loi modifiant :
1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;
2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen

- Présentation et adoption d'un projet de rapport
3. 7757 Projet de loi autorisant l'Etat à participer au financement de la troisième phase du programme de dépistage à grande échelle dans le cadre de la pandémie Covid-19

- Présentation du projet de loi
- Désignation d'un rapporteur
4. Organisation des travaux
5. Divers

*

Présents : M. Gilles Baum, M. Marc Baum, Mme Francine Closener, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, Mme Josée Lorsché, M. Georges Mischo, M. Marc Spautz, M. Claude Wiseler

M. Sven Clement, observateur délégué

Mme Chantal Gary, M. Marc Goergen, observateurs

Mme Paulette Lenert, Ministre de la Santé

Mme Anne Heniqui, M. Laurent Jomé, M. Laurent Zanutelli, du Ministère de la Santé

Dr Jean-Claude Schmit, Directeur de la santé

Mme Nadine Entringer, du groupe parlementaire LSAP

Mme Patricia Pommerell, de l'Administration parlementaire

*

Présidence : M. Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission

*

- 1. 7332** **Projet de loi portant création d'un Observatoire national de la santé et modification**
1° de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière;
2° de la loi modifiée du 25 novembre 1982 relative aux organes destinés à la transplantation;
3° de la loi modifiée du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé »

Après une brève introduction de Monsieur Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission de la Santé et des Sports, Madame Francine Closener (LSAP) présente le projet de rapport relatif au projet de loi sous rubrique.

Monsieur Jean-Marie Halsdorf (CSV) constate que la mouture finale du projet de loi prévoit de nommer exclusivement des experts au Conseil des observateurs et que l'Observatoire national de la santé est donc désormais conçu comme un instrument scientifique et non plus comme un instrument politique. L'orateur marque son accord avec cette façon de procéder, tout en estimant qu'il reste à clarifier un certain nombre de points dans la pratique.

Le projet de rapport est adopté à l'unanimité des membres présents.

Il est convenu de proposer à la Conférence des Présidents de retenir le modèle 1 pour la discussion du projet de loi.

- 2. 7480** **Projet de loi modifiant :**
1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;
2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient

Après une brève introduction de Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports, Madame Cécile Hemmen (LSAP) présente le projet de rapport relatif au projet de loi sous rubrique.

Les groupes politiques CSV, DP, LSAP et déi gréng et la sensibilité politique déi Lénk votent pour le projet de rapport sous rubrique.

La sensibilité politique ADR s'abstient.

Il est convenu de proposer à la Conférence des Présidents de retenir le modèle de base pour la discussion du projet de loi.

3. 7757 Projet de loi autorisant l'Etat à participer au financement de la troisième phase du programme de dépistage à grande échelle dans le cadre de la pandémie Covid-19

Présentation du projet de loi

Madame Paulette Lenert, Ministre de la Santé, procède à la présentation du projet de loi sous rubrique. Pour le détail, il est renvoyé à l'exposé des motifs et au commentaire des articles accompagnant le projet de loi déposé.

Le projet de loi vise à créer un cadre législatif pour autoriser l'État à participer au financement de la troisième phase du « *Large Scale Testing* » (LST) qui constituera la poursuite de la deuxième phase du LST dont la fin est prévue le 24 mars 2021 au plus tard.

La troisième phase du LST s'inscrit dans la continuité des phases qui lui ont précédé dans la mesure où elle vise à surveiller l'évolution de l'infection dans la durée et à briser des chaînes d'infection. À l'instar des phases précédentes, une grande flexibilité est prévue en ce qui concerne le nombre de tests à réaliser, les catégories de personnes cibles à tester et la répartition géographique.

Cependant, l'orientation du programme de dépistage est ajustée par rapport aux besoins spécifiques à adresser pendant les mois critiques à venir. À titre d'exemple, il est prévu de renforcer les capacités des équipes mobiles afin de se concentrer davantage sur les résidents des structures d'hébergement pour personnes âgées. En outre, une plus grande importance sera accordée à l'utilisation des tests sérologiques, et il est envisagé de déployer les tests antigéniques et d'autres tests rapides (comme les tests salivaires) dans le cadre du LST.

Par ailleurs, la troisième phase se justifie par l'arrivée du variant britannique au Luxembourg et par celle d'autres nouveaux variants dans le monde. En effet, les autorités sanitaires internationales recommandent d'augmenter les capacités de test et de séquençage génomique pour obtenir une meilleure vue sur la propagation de ces nouveaux variants.

La troisième phase du LST devrait être lancée le 15 mars 2021 au plus tard et prendra fin le 15 juillet 2021. Une prolongation jusqu'au 15 septembre 2021 pourrait être prévue si la situation épidémiologique le justifiait ou/et si l'immunité collective n'était pas atteinte d'ici là.

Le coût du programme pour la période allant du 15 mars au 15 juillet 2021 est estimé à 40,79 millions d'euros hors TVA (42,83 millions d'euros avec

imprévus). En cas d'extension de la durée jusqu'au 15 septembre 2021, le coût total s'élèverait à 61,18 millions d'euros hors TVA (64,24 millions d'euros avec imprévus).

*

Échange de vues

- Monsieur Marc Spautz (CSV) s'interroge sur la nécessité de continuer à soumettre à un dépistage systématique les résidents et le personnel des structures d'hébergement pour personnes âgées qui sont vaccinés contre la Covid-19.
- Madame la Ministre de la Santé réplique qu'il n'est pas possible d'affirmer à ce stade que le vaccin mette à l'abri la personne vaccinée contre une éventuelle infection. Dès lors, il n'est pas exclu qu'une personne vaccinée puisse transmettre le virus à d'autres personnes. Un croisement entre les données issues du LST et celles obtenues dans le cadre de la campagne de vaccination devrait permettre d'acquérir des connaissances plus approfondies à cet égard.
- Le Directeur de la santé ajoute que le taux de protection offert par les vaccins BioNTech/Pfizer et Moderna n'excède pas 90 à 95% et risque d'être plus faible chez les personnes très âgées et d'autres personnes vulnérables. La protection n'est donc pas totale, d'où l'opportunité pour les personnes vaccinées de continuer à se faire tester. En outre, il n'est pas clair à ce stade si le vaccin protège contre l'infection par le virus SARS-CoV-2. Même si les premières données à cet égard sont plutôt rassurantes, il faut continuer de faire preuve de vigilance dans les mois à venir. Dans ce contexte, l'orateur cite le cas de plusieurs personnes âgées vaccinées qui ont été testées positives après l'administration de la deuxième dose du vaccin.
- Suite à une question de Monsieur Marc Hansen (déi gréng), le Directeur de la santé confirme que la mesure de mise en isolement concerne une personne vaccinée et testée positive au même titre qu'une personne positive non vaccinée.
- En outre, Monsieur Marc Spautz (CSV) souhaite savoir pourquoi la vaccination est offerte à l'ensemble du personnel des établissements hospitaliers, alors que dans les structures d'hébergement pour personnes âgées seul le personnel qui est en contact direct avec les résidents bénéficie d'un accès privilégié au vaccin.
- Madame la Ministre de la Santé indique qu'il s'agit de créer un cordon sanitaire dans les établissements hospitaliers dont le personnel est particulièrement exposé au risque d'infection. Dans les structures d'hébergement pour personnes âgées en revanche, il a été décidé de réserver la vaccination dans un premier temps au personnel qui a un contact physique avec les résidents.
- Monsieur Sven Clement (Piraten) se renseigne sur le seuil maximal que le taux de prévalence ne doit pas dépasser pour que le LST reste efficace, notamment au vu de la problématique des faux positifs.

- Le Directeur de la santé explique à cet égard que le risque d'un taux élevé de faux positifs est le corollaire d'un faible taux de prévalence. Cependant, grâce à la qualité des tests PCR actuellement utilisés, ce risque est négligeable en dehors d'un taux de prévalence très bas. L'orateur rappelle dans ce contexte que les tests rapides sont moins sensibles et plus spécifiques que les tests PCR, d'où l'opportunité de combiner les deux types de tests dans la situation actuelle.
- Monsieur Sven Clement (Piraten) renvoie encore à la campagne initiée par le ministère des Sports qui prévoit la mise à disposition de tests antigéniques rapides aux fédérations et clubs régissant un sport de compétition. L'orateur se renseigne sur l'intention du Gouvernement d'exploiter d'une autre façon les tests antigéniques non utilisés dans le cadre de cette campagne.
- Madame la Ministre de la Santé réplique que les tests antigéniques sont d'ores et déjà utilisés dans plusieurs contextes et qu'il est prévu de les intégrer dans la troisième phase du LST au même titre que d'autres tests rapides, comme les tests salivaires qui feront l'objet d'un projet pilote.
- Le Directeur de la santé confirme que les tests rapides peuvent être utilisés dans le cadre du LST, sachant qu'ils sont moins sensibles que les tests PCR et que leur capacité de détecter des personnes positives est donc réduite. Alors que les tests salivaires présentent des avantages au niveau de l'utilisation, il semble que leur sensibilité soit encore plus faible que celle des tests antigéniques. La question se pose dès lors de savoir s'il est préférable de tester un nombre important de personnes et de détecter moins de personnes positives ou l'inverse.
- En ce qui concerne l'accessibilité au LST, Monsieur Sven Clement (Piraten) renvoie aux difficultés rencontrées par certaines personnes à mobilité réduite ou par des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la prise de rendez-vous et le trajet vers la station de test.
- En guise de réponse, il est précisé que les personnes âgées ont la possibilité de prendre un rendez-vous pour le LST par téléphone.
- Monsieur Gusty Graas (DP) demande si la troisième phase du LST continue à viser le dépistage ciblé de certaines catégories de personnes et demande des précisions sur la régularité des invitations envoyées aux personnes relevant d'une certaine catégorie.
- Madame la Ministre de la Santé fait savoir que la participation au LST est organisée de façon différenciée, selon des critères géographiques et socioprofessionnels ou en fonction de la taille du ménage. Le système est ajusté sur une base hebdomadaire par le comité de pilotage dédié en fonction de l'évolution de la situation.
- Dans ce contexte, Monsieur Georges Mischo (CSV) renvoie à des irrégularités au niveau de l'envoi des invitations au sein d'une même catégorie socioprofessionnelle, notamment en ce qui concerne les pharmaciens.
- Le Directeur de la santé confirme que les pharmaciens sont moins exposés que d'autres professionnels de santé et sont donc invités à un

rythme moins soutenu. D'autres facteurs, comme la localisation géographique de la pharmacie, peuvent également influencer ce rythme. Les personnes faisant partie d'un groupe à risque et qui n'ont jamais été invitées sont encouragées à se manifester auprès du ministère de la Santé. Il se peut en effet que ces personnes n'aient pas reçu d'invitation à cause d'une erreur au niveau de l'adresse postale ou d'un problème similaire.

- Monsieur Marc Baum (déi Lénk) constate que la prochaine phase du LST se verra confrontée à un certain nombre d'inconnues liées notamment à la vaccination, d'où l'importance de se donner une certaine flexibilité dans la stratégie et de prévoir des scénarios différents.
- Madame la Ministre de la Santé confirme que la troisième phase du LST prévoit de cibler les personnes vaccinées afin d'obtenir des connaissances sur l'impact de la vaccination sur l'infectiosité et l'immunisation des personnes concernées et d'adapter la stratégie de lutte contre la pandémie en fonction des résultats obtenus.
- Monsieur Marc Baum (déi Lénk) se réfère encore à une modélisation de la Covid-19 Task Force qui estime que la souche de base du virus sera remplacée à terme par le variant britannique et que celui-ci sera à l'origine d'un nouveau développement pandémique. L'orateur demande si cette projection est partagée par la Direction de la santé.
- Il est confirmé que le variant britannique est plus virulent en termes de transmissibilité et qu'il faut donc s'attendre à ce qu'il devienne le type majoritaire d'ici quelques semaines. Ce scénario est à la base des projections concernant d'autres pays, comme la France et les Pays-Bas, et il est déjà en voie de réalisation au Portugal qui se voit confronté à une situation très difficile.
- Madame Cécile Hemmen (LSAP) constate que les passagers en provenance d'un pays tiers sont obligés, à partir du 29 janvier 2021, de faire réaliser à l'aéroport de Luxembourg un test antigénique rapide dont le coût s'élève à 10 euros. L'oratrice demande des précisions à cet égard, notamment au vu du fait que les passagers entrant au Luxembourg doivent présenter lors de l'embarquement à l'aéroport de départ un test PCR négatif ou un test antigénique négatif qui a été effectué moins de 72 heures avant le vol.
- Madame la Ministre de la Santé précise qu'il s'agit là d'une double sécurité, étant donné que la preuve de test à présenter lors de l'embarquement à l'aéroport de départ pourrait s'avérer insuffisante. Il a été décidé de prévoir une participation aux frais du test antigénique dans la situation actuelle où la population est encouragée à renoncer à des voyages non essentiels. Les passagers en provenance d'un pays tiers qui refuseraient de se soumettre à un test antigénique sont mis en quarantaine.
- Monsieur Marc Hansen (déi gréng) se réfère au dépistage gratuit qui peut être réalisé avant un voyage ou séjour dans un pays exigeant la preuve d'un test négatif pour entrer sur son territoire et constate qu'une personne dont le résultat de test arrive trop tard risque de se voir refuser

l'entrée sur le territoire du pays de destination. L'orateur demande s'il est prévu de porter remède à cette situation.

- Le Directeur de la santé précise que le nombre de tests mis à la disposition des voyageurs est limité, ce qui correspond à la politique actuelle du Gouvernement de ne pas favoriser les voyages non essentiels. En revanche, les étudiants bénéficient d'une procédure simplifiée ; l'Association des Cercles d'Étudiants Luxembourgeois (ACEL) dispose en effet d'un certain nombre de bons afin de faire en sorte que les étudiants aient accès à un test de dépistage pour pouvoir retourner dans leur pays d'études. L'orateur donne encore à considérer que les laboratoires d'analyses médicales privés ne sont pas saturés en ce moment et peuvent donc réaliser des tests de dépistage sans ordonnance médicale. Les laboratoires ont par ailleurs garanti que 80% des résultats sont disponibles endéans les 24 heures et les 20% restants endéans les 36 heures.
- Monsieur Marc Hansen (déi gréng) se renseigne encore sur l'intention du Gouvernement d'établir une liste des pays qui semblent être à l'origine de preuves de tests falsifiées.
- Le Directeur de la santé confirme qu'il n'existe pas de standard européen ou international concernant le reporting des tests de dépistage. Il s'avère dès lors difficile d'effectuer des contrôles à l'aéroport, sachant que la grande majorité des preuves de test présentées par les passagers semble être fiable. Certains pays ont décidé d'exiger une preuve de test en provenance d'un nombre limité de laboratoires présélectionnés. Or, cette façon de procéder semble compliquée vu la nécessité de conclure des accords avec ces laboratoires.

Désignation d'un rapporteur

Le Président de la Commission de la Santé et des Sports, Monsieur Mars Di Bartolomeo, est nommé rapporteur du projet de loi sous rubrique.

*

L'opportunité est soulignée de voter le projet de loi sous rubrique dans la semaine du 8 mars 2021.

4. Organisation des travaux

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports rappelle qu'une réunion jointe de la Commission de la Santé et des Sports et de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale sera organisée le 23 février 2021. La ministre de la Santé et le ministre de la Sécurité sociale seront invités à présenter à cette occasion un bilan intermédiaire des travaux menés par le « *Gesondheetsdësch* ». Cette réunion s'inscrira dans la préparation du débat de consultation politique de santé et des auditions publiques prévues dans ce contexte.

Étant donné que la décision d'organiser un « *hearing* » a été prise à l'issue du débat public organisé en date du 29 juin 2020 concernant la pétition publique 1535 intitulée « *Une prime unique pour tout le personnel des hôpitaux,*

cliniques, maisons médicales et maisons de soins pour leur engagement exceptionnel dans cette période de crise contre le COVID-19 », il est prévu d'organiser par la suite une réunion jointe avec la Commission des Pétitions afin de lancer la préparation de cet « *hearing* ».

En ce qui concerne la demande du groupe politique CSV d'organiser un débat d'orientation sur les conclusions à retenir de la pandémie Covid-19 pour notre système de santé ainsi que sur la mise en œuvre du « *virage ambulatoire* », Monsieur Claude Wiseler (CSV) réitère sa proposition de fixer la trame du débat et d'identifier les sujets à discuter lors d'une réunion de la Commission de la Santé et des Sports. À cette fin, le groupe politique CSV soumettra une proposition aux autres membres de la commission parlementaire. Sur cette base, il faudrait décider de l'opportunité d'inviter les représentants concernés du secteur de la santé à soumettre une prise de position par écrit ou de les entendre en commission parlementaire.

En guise de conclusion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports propose de lancer la préparation du débat d'orientation lors de la réunion du 9 février 2021, tout en évitant de faire double d'emploi avec le débat de consultation susmentionné visant à accompagner les travaux menés par le « *Gesondheitsdësch* ». Il suggère de demander aux représentants concernés du secteur de la santé de soumettre une prise de position par écrit plutôt que d'organiser deux séries d'auditions publiques en l'espace de quelques mois.

5. Divers

- ❖ Monsieur Marc Hansen (déi gréng) rapporte que des professionnels de santé inscrits dans la réserve sanitaire nationale ont été déployés au CIPA St^e Elisabeth am Park à Luxembourg où un nombre important de nouvelles infections a été détecté ces dernières semaines, sans avoir été informés au préalable de cette situation. L'orateur demande des précisions à cet égard et se renseigne sur la priorisation des membres de la réserve sanitaire dans le cadre de la stratégie de vaccination.

Madame la Ministre de la Santé rappelle que ses services sont en charge de la mise en relation entre les professionnels de santé inscrits dans la réserve sanitaire et les besoins signalés par les différentes structures. Il devrait dès lors incomber au contractant de fournir aux professionnels de santé déployés dans le cadre de la réserve sanitaire les informations nécessaires sur les conditions de travail. En outre, Madame la Ministre fait savoir que les professionnels de santé relevant de la réserve sanitaire sont vaccinés au même titre que les autres professionnels de santé.

- ❖ Monsieur Marc Hansen (déi gréng) se renseigne encore sur l'intention du Gouvernement de permettre aux structures d'hébergement pour personnes âgées dont les résidents ont été vaccinés contre la Covid-19 d'adapter leurs protocoles sanitaires afin d'assouplir les restrictions et de permettre aux résidents de sortir de leur isolement.

La nécessité est confirmée de se positionner sur cette question importante dans les meilleurs délais.

- ❖ À titre d'information, Madame la Ministre de la Santé renvoie encore à l'évaluation du Plan national de prévention du suicide du Luxembourg 2015-2019 qui a été diffusé aux membres de la commission parlementaire en amont de la présente réunion.

Le Secrétaire-administrateur,
Patricia Pommerell

Le Président de la Commission de la Santé et des
Sports,
Mars Di Bartolomeo

02



Commission de la Santé et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 20 octobre 2020

La réunion a eu lieu par visioconférence.

Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 14, 21, 22 et 23 juillet 2020 et des 15, 18 et 21 septembre 2020 ainsi que des réunions jointes du 29 juin 2020 et des 6 et 20 juillet 2020
2. Informations sur la situation du Luxembourg face à la pandémie Covid-19
3. 7683 Projet de loi modifiant
 - 1) la loi modifiée du 17 juillet 2020 portant introduction d'une série de mesures de lutte contre la pandémie Covid-19 et modifiant :
 - 1° la loi modifiée du 25 novembre 1975 concernant la délivrance au public des médicaments ;
 - 2° la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments ;
 - 2) la loi du 23 septembre 2020 portant des mesures concernant la tenue de réunions dans les sociétés et dans les autres personnes morales.
 - Présentation du projet de loi
 - Désignation d'un rapporteur
4. 7332 Projet de loi portant
 - 1.création d'un Observatoire national de la santé;
 - 2.modification de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière;
 - 3.modification de la loi modifiée du 25 novembre 1982 relative aux organes destinés à la transplantation;
 - 4.modification de la loi modifiée du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé »
 - Rapporteur : Monsieur Mars Di Bartolomeo
 - Présentation et examen des amendements gouvernementaux du 5 juillet 2019 et du 7 janvier 2020
 - Examen de l'avis du Conseil d'Etat du 24 septembre 2019 et de l'avis complémentaire du 24 mars 2020
5. 7480 Projet de loi modifiant :
 - 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;
 - 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient
 - Présentation du projet de loi

- Examen de l'avis du Conseil d'Etat du 16 juin 2020
- Désignation d'un rapporteur

6. Divers

*

Présents : M. Gilles Baum, M. Marc Baum, Mme Francine Closener, M. Mars Di Bartolomeo, M. Jeff Engelen, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Marc Hansen, Mme Carole Hartmann, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, Mme Josée Lorsché, M. Georges Mischo, M. Marc Spautz, M. Claude Wiseler

M. Sven Clement, observateur délégué

M. Marc Goergen, Mme Martine Hansen, observateurs

Mme Paulette Lenert, Ministre de la Santé

M. Laurent Jomé, M. Laurent Zanutelli, du Ministère de la Santé

Dr Jean-Claude Schmit, Directeur de la santé

M. Luc Feller, Haut-Commissaire à la Protection nationale

Mme Nadine Entringer, du groupe parlementaire LSAP

Mme Patricia Pommerell, de l'Administration parlementaire

*

Présidence : M. Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission

*

1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 14, 21, 22 et 23 juillet 2020 et des 15, 18 et 21 septembre 2020 ainsi que des réunions jointes du 29 juin 2020 et des 6 et 20 juillet 2020

Les projets de procès-verbal sous rubrique sont approuvés à l'unanimité des membres présents.

2. Informations sur la situation du Luxembourg face à la pandémie Covid-19

En guise d'introduction, Monsieur Mars Di Bartolomeo, Président de la Commission de la Santé et des Sports, indique que la sensibilité politique de Lénk a exprimé le souhait de faire le point sur la situation du Luxembourg face à la pandémie Covid-19. Dans le même ordre d'idées, le groupe politique CSV a demandé en date du 18 octobre 2020 la convocation urgente d'une réunion afin d'obtenir les données qui ont guidé les travaux du Conseil de gouvernement extraordinaire du 17 octobre 2020. Il a été convenu avec Madame la Ministre de la Santé de profiter de la présente réunion pour discuter de la situation actuelle avant de procéder à la présentation du projet de loi n° 7683.

Madame Paulette Lenert, Ministre de la Santé, attire l'attention sur l'aggravation de la situation au sein de l'Union européenne, y inclus dans certains de nos pays limitrophes. Au Luxembourg, le nombre de personnes testées positives au virus SARS-CoV-2 est également en forte augmentation. Le Gouvernement continue à mettre en œuvre le plan développé pendant les mois estivaux en procédant à l'analyse des indicateurs définis à cette fin. Selon cette méthodologie, il est indiqué de considérer non seulement le chiffre des nouvelles infections, mais également la répartition par tranches d'âge, les catégories des personnes infectées et la question de savoir s'il s'agit d'une recrudescence diffuse ou ponctuelle. À ce stade, la courbe des nouvelles infections se situe à la limite entre linéaire et exponentielle. En outre, il convient d'évaluer les capacités du système de santé, dont notamment le taux d'occupation des lits hospitaliers en soins normaux et en soins intensifs, les capacités des laboratoires d'analyses médicales ainsi que les capacités du service en charge du traçage des contacts. Des efforts sont entrepris pour faire en sorte que la division de l'inspection sanitaire obtienne endéans un jour les résultats des tests effectués afin de permettre à l'équipe du « *contact tracing* » de contacter les personnes concernées dans un délai de deux à trois jours.

En ce moment, les capacités hospitalières ne sont pas encore mises à mal, contrairement à la situation observée dans d'autres pays, comme la Belgique et les Pays-Bas. Or, force est de constater qu'une hausse importante du nombre de nouvelles infections dans certaines catégories d'âge risque d'avoir un impact sur le taux d'occupation des lits hospitaliers. Le Luxembourg vient de déclencher la phase 2 qui prévoit que tous les établissements hospitaliers prennent à nouveau en charge des patients atteints par la maladie Covid-19 sans pour autant procéder à la déprogrammation d'autres soins de santé.

En vue de l'ouverture éventuelle d'un centre de consultation Covid-19, le ministère de la Santé est en contact avec les services d'urgence des établissements hospitaliers afin de déterminer si le nombre de consultations liées à la maladie Covid-19 est en augmentation. En outre, la surveillance SENTINELLE des infections respiratoires aiguës permet de déterminer si le nombre de consultations dans les cabinets des médecins généralistes et des pédiatres est en augmentation. Sur base de ces données, le ministère de la Santé décidera de la nécessité de procéder à l'ouverture d'un centre de consultation Covid-19.

Se basant sur l'analyse des indicateurs précités, le Gouvernement a indiqué, lors de la conférence de presse du 17 octobre 2020, que les chiffres attestent d'une situation alarmante qui donne lieu à une vigilance accrue. Pour cette raison, il a été décidé de lancer une nouvelle campagne de sensibilisation quant à l'importance de respecter les recommandations sanitaires émises par le ministère de la Santé, qui sont plus strictes que les règles édictées par la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19.

Le fait qu'un nombre croissant de personnes se fait tester sans ordonnance médicale a mené à une saturation des laboratoires. Afin de remédier à cette situation, le ministère de la Santé a invité les laboratoires à donner la priorité aux patients munis d'une ordonnance. Afin d'éviter des files d'attente, certains laboratoires ont d'ailleurs mis en place un système de prise de rendez-vous en ligne ou affichent le temps d'attente à l'entrée.

Pour répondre à la forte demande en tests diagnostiques, le Laboratoire national de santé (LNS) a ouvert le 19 octobre 2020 un centre de prélèvement dans l'ancien bâtiment de la Bibliothèque nationale du Luxembourg à Luxembourg-Kirchberg. Les prélèvements y sont réalisés sans rendez-vous, mais seules les personnes munies d'une ordonnance médicale sont admises au test. La mise en place d'un deuxième centre de prélèvement est prévue à Junglinster.

Force est de constater que le réservoir de personnel qualifié disponible n'est pas illimité, d'où l'importance pour les patients de ne pas se présenter sans ordonnance dans un laboratoire, voire de respecter leur rendez-vous pris dans le cadre du dépistage à grande échelle (« *Large Scale Testing* »).

Le ministère de la Santé suit de près l'évolution des chiffres et fait tous les jours le point sur la situation avec les autres membres de la cellule de crise.

Échange de vues

- Monsieur Claude Wiseler (CSV) estime que l'évolution des chiffres donne lieu à des préoccupations qui ne sont pas abordées dans les décisions prises par le Conseil de gouvernement extraordinaire du 17 octobre 2020. Il redoute que la hausse des nouvelles infections ne mène à une augmentation du taux d'occupation des lits hospitaliers et du nombre de décès, à l'instar de la situation qui se présente dans les pays limitrophes. Dans ce contexte, l'orateur renvoie au document diffusé le 16 octobre 2020 par la Covid-19 Task Force qui dresse un tableau inquiétant de la situation. Il semble ressortir de ce document que la hausse du nombre de nouvelles infections est particulièrement importante dans les tranches d'âge des 10-19 ans et des 20-29 ans. L'orateur se demande si la cause de contamination principale est effectivement le cercle familial, comme indiqué par le Gouvernement, ou si les adolescents et jeunes adultes ne sont pas plutôt susceptibles de se contaminer en milieu scolaire ou dans les établissements du secteur de l'hôtellerie, de la restauration et des cafés (HORECA). Il juge indispensable d'identifier les sources de contamination afin de pouvoir prendre des mesures ciblées visant à éviter un confinement généralisé.
- En ce qui concerne les sources de contamination, Madame la Ministre de la Santé précise que le cadre familial constitue la première cause attribuable, alors que les cas sans source déterminée s'élèvent actuellement à 43,2%. En effet, la majorité des personnes contactées par la division de l'inspection sanitaire ne sont pas en mesure d'identifier le contexte où elles ont été infectées. Le cercle familial et la vie privée en général se prêtent à une propagation du virus, étant donné que les personnes ont tendance à ne pas respecter les gestes barrières dans un tel contexte. Par ailleurs, le dernier rapport CORONASTEP établi par le Luxembourg Institute of Science and Technology (LIST) montre que le niveau national de contamination par le virus SARS-CoV-2 a augmenté de manière très importante dans les stations d'épuration du pays au cours de la semaine du 12 au 18 octobre 2020. Ce développement permet de conclure à une propagation diffuse du virus. Le milieu scolaire fait l'objet d'un suivi attentif par le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse. À ce stade, les données disponibles ne permettent pas d'identifier ce milieu comme une source de contamination importante.

- Monsieur Marc Baum (déi Lénk) exprime sa satisfaction quant à la décision du Gouvernement de ne pas proposer de nouvelles mesures restrictives. Il salue le fait que cette décision a été prise sur la base d'indicateurs objectifs, à savoir les capacités du système de santé et notamment des établissements hospitaliers. Pourvu que le fonctionnement du système de santé et du traçage des contacts soit assuré, l'orateur juge non indiqué de prendre des mesures supplémentaires à l'instar des mesures récemment décidées à l'étranger et dont certaines semblent dépourvues de logique, comme la mise en place en France d'un couvre-feu entre 21.00 heures et 6.00 heures. Ceci dit, l'orateur juge inquiétante la hausse constante du nombre de nouvelles infections. Il souhaite savoir si cette évolution laisse augurer une croissance exponentielle et si de nouvelles chaînes d'infection (« clusters ») ont été détectées ces derniers jours.
- Madame la Ministre de la Santé indique qu'il n'a pas été possible ces derniers temps d'identifier des clusters importants dans la population. Plusieurs cas positifs ont été détectés dans deux établissements pour personnes âgées, suite à quoi une équipe mobile s'est déplacée sur les lieux afin de soumettre l'ensemble des résidents à un test de dépistage.
- Monsieur Marc Baum (déi Lénk) constate encore que la situation au Luxembourg a souvent anticipé les développements constatés par la suite dans d'autres pays, notamment grâce à l'introduction précoce du « *Large Scale Testing* » (LST). Il demande pour quelle raison le système de santé en Belgique, aux Pays-Bas et en France est sous pression, alors que les capacités hospitalières luxembourgeoises sont encore suffisantes, notamment au niveau des soins intensifs.
- Madame la Ministre de la Santé rappelle que le Luxembourg dispose depuis des mois de mesures susceptibles d'endiguer la propagation du virus, comme le port du masque dans les lieux où circule le public et lors de rassemblements au-delà de dix personnes. D'autres pays n'ont pas mis en place de telles mesures à un stade précoce de la pandémie.
- Monsieur Jean-Marie Halsdorf (CSV) demande si le ministère de la Santé évalue également le chiffre des nouvelles infections chez les non-résidents en provenance des régions limitrophes afin de déterminer si des clusters transfrontaliers sont en train de se former. Au cas où le Luxembourg se verrait obligé de procéder à un nouveau confinement, l'orateur demande si celui-ci pourrait se faire au niveau régional, à l'instar de ce qui a été décidé en Bavière pour le Landkreis Berchtesgadener Land. Il demande s'il faudrait procéder à un reconfinement à partir du moment où le fonctionnement du traçage des contacts n'est plus assuré.
- Madame la Ministre de la Santé réplique que l'évolution des chiffres dans certaines régions limitrophes est très inquiétante, notamment en province de Liège, et que ses services suivent de près cette évolution en raison du nombre important de travailleurs frontaliers. Ces derniers sont visés par la stratégie de test luxembourgeoise et sont contactés, le cas échéant, par la division de l'inspection sanitaire. Leurs données sont transférées aux autorités sanitaires du pays en question. En revanche, il n'est pas prévu à ce stade de prendre des mesures

transfrontalières. Au niveau de l'Union européenne, des recommandations ont été émises aux États membres concernant l'opportunité de considérer plusieurs paramètres avant d'imposer des restrictions à la liberté de la libre circulation des personnes. En revanche, il n'existe pas de démarche harmonisée au niveau européen. En ce qui concerne la nécessité d'imposer un nouveau confinement, Madame la Ministre rappelle que la situation est suivie de près sur base des indicateurs précités. Au cas où un reconfinement s'avérerait incontournable, il appartiendrait à la Chambre des Députés de prendre une décision dans ce sens.

- En réponse à une question posée par Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports, le Directeur de la santé précise que le nombre et le profil des travailleurs frontaliers testés positifs reflètent la situation constatée dans les pays limitrophes respectifs.
- En réponse à une autre question de Monsieur Jean-Marie Halsdorf (CSV), Madame la Ministre de la Santé signale que le taux de reproduction effectif (RT eff) a légèrement diminué par rapport à la semaine précédente, de 1,32 à 1,20. Ni un « *superspreader* » ni un cluster d'envergure n'ont été détectés ces dernières semaines.
- Madame Martine Hansen (CSV) renvoie à la demande de convocation précitée du groupe politique CSV et exprime le souhait d'inviter les experts qui conseillent le Gouvernement en matière de lutte contre la pandémie Covid-19.
- Madame la Ministre de la Santé souligne que le Gouvernement obtient exactement les mêmes informations que la Chambre des Députés et qu'il ne dispose pas de données supplémentaires.
- Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports donne à considérer que les experts n'ont pas participé au Conseil de gouvernement extraordinaire du 17 octobre 2020. Partant, il juge peu pertinent de les associer à ce stade aux travaux de la commission parlementaire.
- Madame Martine Hansen (CSV) se dit préoccupée face à l'augmentation du nombre de nouvelles infections chez les personnes âgées de 65 ans et plus. L'oratrice se renseigne sur les sources d'infection des personnes âgées et notamment des résidents des établissements pour personnes âgées. Elle s'interroge sur les mesures qu'il faudrait prendre pour protéger au mieux les personnes vulnérables tout en évitant leur isolement physique et social.
- Madame la Ministre de la Santé réplique qu'en cas de détection d'une infection dans un établissement pour personnes âgées, une équipe mobile se rend sur place pour évaluer la mise en œuvre du protocole de sécurité sanitaire et pour soumettre l'ensemble des résidents à un test de dépistage. À des fins de prévention, le personnel des établissements pour personnes âgées est régulièrement soumis à un tel test. Ces mesures permettent de rompre rapidement les chaînes d'infection détectées. La principale source de contamination pour les personnes âgées est le cadre familial, voire l'établissement dans lequel elles résident.

- Madame Josée Losché (déi gréng) donne à considérer que l'un des principes directeurs de l'assurance dépendance est de privilégier le maintien à domicile par rapport à l'hébergement en établissement d'aides et de soins. Partant, deux tiers des personnes dépendantes vivent à domicile. L'oratrice demande des précisions sur les chiffres concernant cette catégorie de personnes âgées.
- Madame la Ministre de la Santé indique que le nombre de nouvelles infections parmi les personnes âgées vivant à domicile peut être calculé en soustrayant le nombre des cas positifs dans les établissements pour personnes âgées du nombre total des tranches d'âge concernées.
- En ce qui concerne les prélèvements, Monsieur Marc Baum (déi Lénk) constate que les stations de test opérées dans le cadre du LST ne connaissent pas des files d'attente et s'interroge sur la faisabilité de réorganiser le système afin de désengorger les laboratoires réalisant des tests sur ordonnance. Il semble en outre que le délai d'attente pour l'obtention du résultat d'un test diagnostique soit actuellement trop long.
- Dans le même contexte, Madame Martine Hansen (CSV) souligne l'opportunité de renforcer les capacités de prélèvement également dans le Nord et dans l'Ouest du pays. Elle déplore le fait que les personnes symptomatiques sont obligées d'attendre à l'extérieur des laboratoires dans des conditions météorologiques défavorables. En revanche, les stations de tests opérées dans le cadre du LST semblent disposer de ressources supplémentaires qui pourraient être utilisées, le cas échéant, pour soulager les centres des laboratoires.
- Madame la Ministre de la Santé rappelle que l'évolution des capacités des laboratoires est suivie de près et que la nécessité de procéder à l'ouverture d'un centre de prélèvement est considérée en fonction des flux. Or, une telle nécessité n'a pas encore été constatée pour les parties Nord et Ouest du pays. En outre, la division de l'inspection sanitaire surveille l'évolution du délai d'attente pour l'obtention du résultat du test. La Ministre confirme que les stations de test opérés dans le cadre du LST ne connaissent pas des files d'attente étant donné que la participation se fait sur rendez-vous. Une réorganisation des services de prélèvement semble peu opportune afin de ne pas remettre en cause le bon fonctionnement du LST. Ceci dit, les laboratoires impliqués dans le LST ont la possibilité de réorganiser leurs propres ressources afin de les utiliser de la meilleure façon possible. En outre, la méthode du « *pooling* » est appliquée dans le cadre du LST, contrairement aux tests réalisés sur ordonnance, ce qui ne permet pas de mélanger les deux catégories de tests.
- À son tour, Monsieur Marc Hansen (déi gréng) juge peu opportun de mélanger le LST et les tests effectués sur ordonnance parce que le LST bénéficie d'un taux d'acceptation important dans la population grâce à l'absence d'un délai d'attente. En revanche, l'orateur propose d'évaluer l'existence éventuelle d'une corrélation entre le taux de participation au LST et la distance entre le domicile et la prochaine station de test. En outre, il souligne l'opportunité d'évaluer le fonctionnement des nouveaux centres de prélèvement et, en fonction de cette analyse, de

considérer l'ouverture de centres supplémentaires dans d'autres parties du pays.

- Le Directeur de la santé informe qu'une analyse a révélé qu'il n'y a pas de corrélation entre le taux de participation au LST et la distance entre le domicile et la station de test. Il donne à considérer que l'ouverture de centres de prélèvement supplémentaires est tributaire du renforcement du personnel et des moyens budgétaires.
- Madame Martine Hansen (CSV) se renseigne sur les travaux menés par le groupe interministériel constitué du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse et sur l'intention d'améliorer la cohérence entre les mesures appliquées par les différents établissements scolaires. En outre, l'oratrice demande des précisions sur les critères de sélection des médecins dont le nom figure sur les ordonnances délivrées aux patients concernés par une mesure de mise en isolement ou de mise en quarantaine.
- Le Directeur de la santé précise que la Direction de la santé a conclu une convention avec la Caisse nationale de santé (CNS) et les laboratoires selon laquelle toutes les ordonnances susmentionnées sont délivrées au nom d'un seul médecin. Cette façon de procéder permet à la CNS et aux laboratoires de mieux identifier les ordonnances en question et de les traiter de façon prioritaire.
- Monsieur Claude Wiseler (CSV) renvoie à nouveau au document précité de Research Luxembourg COVID-19 Task Force qui table sur une croissance exponentielle du nombre de nouvelles infections. En effet, les chercheurs constatent dans ce document « *a strong increase in the number of estimated active cases during the current week similar to the situation in March and the highest number since the beginning of the epidemics* » et concluent que « *more awareness and/or measures in terms of social interactions might be needed (such as for public gatherings, home office, school operations, etc.) to prevent significant increases of severe cases and deaths* ». L'orateur estime que le Gouvernement ne donne pas suite aux recommandations émises par les membres de la COVID-19 Task Force.
- Madame la Ministre de la Santé souligne que la campagne de sensibilisation que le Gouvernement vient de lancer fait partie des mesures mentionnées par la COVID-19 Task Force. À ce stade, il s'agit de faire en sorte que les mesures décidées soient respectées par l'ensemble de la population. Bien que la situation soit inquiétante, il convient d'attendre le moment approprié pour prendre d'éventuelles mesures supplémentaires sur base des indicateurs définis plutôt que de suivre aveuglément les décisions prises par d'autres pays.
- Monsieur Claude Wiseler (CSV) remarque que la division de l'inspection sanitaire n'est plus en mesure de contacter les personnes infectées et d'effectuer le traçage analogue des contacts dans les délais impartis. En outre, l'orateur dit avoir observé des rassemblements spontanés de jeunes qui consomment des boissons sur la voie publique sans respecter les règles de protection sanitaire. L'orateur dit regretter que le Gouvernement n'ait pas l'intention de proposer des mesures visant ce type de situation. Dans ce contexte se

pose également la question de savoir si le respect des règles relatives au secteur de l'HORECA est contrôlé afin d'évaluer le nombre d'infections liées à ce secteur. Enfin, l'orateur se renseigne sur la situation dans les établissements hospitaliers qui semblent faire face à des absences de personnel, de nombreux professionnels de santé étant épuisés ou atteints eux-mêmes par la maladie Covid-19.

- Madame la Ministre de la Santé renvoie à des rapports selon lesquels la Police grand-ducale a dispersé des fêtes spontanées organisées dans des endroits publics. En outre, la Police contrôle de façon régulière le respect des règles applicables au secteur de l'HORECA et a déjà prononcé un certain nombre d'amendes. Il semble que les établissements récalcitrants, et notamment les récidivistes, aient tiré des enseignements de leurs erreurs et commencent à respecter les règles en vigueur. La Ministre confirme que la hausse du nombre de nouvelles infections impacte également les secteurs critiques, y inclus le milieu hospitalier. Le moyen le plus efficace consiste à soumettre les personnes concernées à un test et de procéder à la mise en isolement des personnes infectées ainsi qu'à la mise en quarantaine de leurs contacts. Même s'il n'est plus possible de respecter les délais visés, les efforts entrepris permettent toujours d'interrompre des chaînes d'infections. En effet, 40% des personnes testées positives ont été détectées grâce au traçage des contacts.
- Madame Josée Losché (déi gréng) renvoie à la dépendance du système de santé luxembourgeois des travailleurs frontaliers et demande si le Gouvernement est en contact avec les autorités des pays limitrophes afin de contrecarrer des initiatives visant à rapatrier leur personnel de soins travaillant au Luxembourg.
- Madame la Ministre de la Santé réplique que le problème évoqué par l'oratrice précédente ne peut pas être résolu à courte échéance. Pendant le premier pic d'infections, l'État a offert des logements temporaires aux professionnels de santé en provenance des pays limitrophes afin de leur permettre de passer leurs heures de repos sur le territoire luxembourgeois. Jusqu'à présent, les autorités des pays voisins n'ont pas exprimé l'intention de réquisitionner leurs professionnels de santé travaillant au Luxembourg, mais un tel scénario ne peut pas être exclu. À long terme, il sera nécessaire de porter remède à cette situation en privilégiant des solutions plus durables.
- Madame Françoise Hetto-Gaasch (CSV) renvoie à des cas où des personnes concernées par une mesure de mise en isolement n'auraient pas respecté cette mesure. L'oratrice juge judicieux de procéder à un contrôle ponctuel ou systématique du respect de la mesure de mise en isolement, de prononcer des sanctions le cas échéant et de rendre publics les cas de non-respect afin de créer un effet dissuasif.
- Madame la Ministre de la Santé précise que la grande majorité des personnes concernées par une mesure de mise en isolement sont disposées à écouter et à respecter les consignes qui leur sont communiquées par téléphone, avec un soutien psychologique si besoin est.

- Le Directeur de la santé confirme que ses services sont en contact avec les personnes considérées comme non fiables. Vu le nombre limité de personnes récalcitrantes, il ne s'est pas encore avéré nécessaire d'effectuer des contrôles systématiques sur place. Pour ce faire, il faudrait de toute façon disposer de personnel supplémentaire, d'autant plus que le régime de sanctions prévu par la loi précitée du 17 juillet 2020 n'est pas facile à appliquer.
- En ce qui concerne la mise en quarantaine, Monsieur Marc Hansen (déi gréng) donne l'exemple d'un cas où quatre personnes ont organisé une réunion selon les règles en vigueur. À l'issue de ladite réunion, un participant a été testé positif au virus SARS-CoV-2 et les autres participants ont été mis en isolement (!) par la division de l'inspection sanitaire. L'orateur s'interroge sur l'utilité d'organiser des réunions selon les règles en vigueur si les participants sont de toute façon mis à l'écart si l'un d'entre eux est testé positif par la suite.
- Madame la Ministre de la Santé indique que les règles appliquées par la division de l'inspection sanitaire sont claires et sont régulièrement rappelées aux membres de l'équipe du traçage des contacts. Ceci dit, vu l'élargissement rapide et substantiel de cette équipe vers des agents externes, on ne peut pas exclure que certains agents communiquent des consignes trop strictes aux personnes concernées.
- Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports se renseigne sur l'évolution de la maladie qui semble avoir connu une atténuation par rapport à la première phase de la pandémie.
- Le Directeur de la santé précise que l'âge des patients joue un rôle de premier ordre dans l'évolution de la maladie, les jeunes ayant moins de symptômes que les personnes plus âgées. En outre, les options thérapeutiques pour traiter les personnes vulnérables atteintes par la maladie Covid-19 se sont améliorées par rapport à la première phase de la pandémie. Ceci dit, la mortalité des personnes âgées reste élevée.
- Monsieur Jean-Marie Halsdorf (CSV) demande encore si le Luxembourg dispose de suffisamment de personnel pour manier les appareils respiratoires dans les établissements hospitaliers.
- Le Directeur de la santé confirme que les appareils sont disponibles en quantités suffisantes, alors que la disponibilité des professionnels de santé pourrait devenir un facteur limitatif le moment venu. Ceci dit, l'orateur se dit rassuré de savoir que les établissements hospitaliers disposent d'un nombre relativement élevé de professionnels de santé spécialisés en soins intensifs et d'urgence et en salle d'opération. En effet, des efforts ont été entrepris ces derniers mois afin d'offrir une formation continue aux professionnels de santé.
- Monsieur Jeff Engelen (ADR) constate que l'évolution des nouvelles infections connaît une forte hausse depuis le 15 septembre 2020 et demande si cette hausse est plutôt liée au retour de vacances ou au lancement de la deuxième phase du LST. En outre, l'orateur souhaite

savoir si la majorité des tests positifs sont réalisés dans le cadre du LST ou sur ordonnance médicale.

- Madame la Ministre de la Santé confirme que le retour aux activités normales après la trêve estivale se reflète dans la hausse du nombre de nouvelles infections, conformément aux prévisions réalisées dans de nombreux pays. La proportion des tests réalisés sur des patients symptomatiques s'élève à environ 50%.
- En réponse à une question de Monsieur Claude Wiseler (CSV), le Directeur de la santé indique que la proportion de cas positifs détectés dans le cadre du LST reste relativement faible. Les tests réalisés sur ordonnance médicale suite à l'apparition de symptômes constituent la première source de détection, alors que le traçage des contacts et le LST constituent respectivement la deuxième et la troisième source.

3. 7683 **Projet de loi modifiant**

1) la loi modifiée du 17 juillet 2020 portant introduction d'une série de mesures de lutte contre la pandémie Covid-19 et modifiant :

1° la loi modifiée du 25 novembre 1975 concernant la délivrance au public des médicaments ;

2° la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments ;

2) la loi du 23 septembre 2020 portant des mesures concernant la tenue de réunions dans les sociétés et dans les autres personnes morales.

Présentation du projet de loi

Après une brève introduction de Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports, Madame la Ministre de la Santé procède à la présentation du projet de loi sous rubrique dont le dépôt formel se fera dans le courant de la journée. Elle souligne l'opportunité d'apporter des précisions à la loi précitée du 17 juillet 2020 sur la base des enseignements tirés ces derniers mois.

Article 1^{er}

L'article 1^{er} modifie l'article 1^{er}, point 7°, de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19.

Il vise à modifier la définition du terme « *rassemblement* » en supprimant les précisions qui n'apportent pas de clarification en soi, mais qui peuvent prêter à confusion.

Partant, le rassemblement est défini comme « *la réunion organisée de personnes dans un même lieu sur la voie publique, dans un lieu accessible au public ou dans un lieu privé* ».

Échange de vues

- Suite à une suggestion de Monsieur Gilles Baum (DP), l'opportunité est discutée de supprimer le terme « *organisé* » afin de couvrir également les rassemblements spontanés, ces derniers étant susceptibles de favoriser une transmission du virus au même titre que les rassemblements organisés.

- Madame la Ministre donne à considérer que le qualificatif « *organisé* » permet de tenir responsable l'organisateur d'un rassemblement donné, tout en se montrant disposée à adapter la définition du concept de « *rassemblement* » le cas échéant.
- Monsieur Claude Wiseler (CSV) rappelle que le groupe politique CSV est favorable à viser les rassemblements spontanés au même titre que les rassemblements organisés. Or, la suppression du terme « *organisé* » aurait pour conséquence de soumettre tous les rassemblements spontanés aux règles de distanciation physique établies par l'article 4, paragraphe 2 nouveau, alinéa 1^{er} nouveau. Étant donné qu'il semble peu probable que les participants à un rassemblement spontané se voient assignés des places assises en observant une distance minimale de deux mètres, l'orateur juge indispensable de définir des règles spécifiques applicables aux rassemblements non organisés, comme le port du masque en toutes circonstances.
- Après discussion, Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports conclut que la nécessité a été soulignée d'inclure les rassemblements spontanés dans le champ d'application de la loi et propose de continuer la discussion sur cette question.

Article 2

L'article 2 modifie l'article 2 de la loi modifiée du 17 juillet 2020 portant introduction d'une série de mesures de lutte contre la pandémie Covid-19.

Le dispositif de l'article 2 prévoit que toutes les activités de restauration et de débit de boissons, qu'elles soient exercées de manière régulière ou occasionnelle, doivent respecter les règles relatives au secteur de l'HORECA.

Point 1°

Le point 1° modifie la phrase liminaire du premier alinéa de l'article 2 de la loi précitée du 17 juillet 2020.

Afin de clarifier la portée du texte, il est proposé de faire référence aux activités relevant du secteur de l'HORECA au lieu des établissements dans lesquels l'activité est exercée. Il s'agit de faire en sorte que les règles relatives au secteur de l'HORECA soient appliquées lors de toutes sortes d'événements impliquant des activités de restauration et de débit de boissons, comme par exemple une réception de noces organisée par un traiteur.

Point 2°

En raison de l'importance qui revient au point 7° de l'article 2, il est proposé de changer la numérotation et de faire de l'ancien point 7° le nouveau point 1°. Dans un souci de cohérence, il est précisé que la consommation à table est obligatoire lors des activités de restauration et de débit de boissons hormis les trois exceptions légales prévues.

Point 3°

Étant donné que l'ancien point 7° devient le nouveau point 1° de l'article 2, il s'avère nécessaire de procéder à la renumérotation des points subséquents de l'article 2.

Point 4°

Afin de couvrir toutes les activités de restauration et de débit de boissons, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, il est proposé de remplacer le concept spécifique de « *terrasse* » par une référence plus générale à l'« *extérieur* ».

Échange de vues

- Monsieur Jeff Engelen (ADR) demande des précisions sur le remplacement du concept de « *terrasse* » par celui d'« *extérieur* » et donne à considérer que la terrasse relève de la responsabilité du propriétaire ou gérant de l'établissement de l'HORECA, alors que ceci n'est pas forcément le cas pour l'« *extérieur* ».
- Madame la Ministre de la Santé précise qu'il s'agit de couvrir tous les cas de figure où des activités de restauration ou de débit de boissons se déroulent à l'extérieur, comme par exemple des tables installées autour d'une buvette.

Article 3

L'article 3 modifie l'article 3, paragraphe 1^{er}, de la loi modifiée du 17 juillet 2020 portant introduction d'une série de mesures de lutte contre la pandémie Covid-19.

Au vu des adaptations apportées à l'article 4 de ladite loi, il y a lieu d'adapter la référence au paragraphe dudit article.

Article 4

Dans un intérêt de sécurité juridique et dans un but de santé publique, il est proposé d'ajouter des précisions supplémentaires à l'article 4 de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19 concernant les rassemblements.

Point 1°

Le paragraphe 1^{er} nouveau reprend le dispositif de l'alinéa 1^{er} ancien du paragraphe 1^{er} de l'article 4 de la loi précitée du 17 juillet 2020 qui prévoit la limitation de rassemblements de personnes physiques à caractère privé au sein de leur domicile, en plein air et dans un lieu public.

Par analogie aux modifications apportées à l'article 2 de ladite loi, il est proposé de faire référence aux activités de restauration et de débit de boissons au lieu des établissements et lieux dans lesquels cette activité est exercée.

Il en découle que les règles relatives au secteur de l'HORECA s'appliquent également aux événements à caractère privé accueillant plus de dix personnes.

Point 2°

Le paragraphe 2 nouveau reprend le dispositif de l'alinéa 2 ancien du paragraphe 1^{er} de l'article 4 de la loi précitée du 17 juillet 2020 qui établit des règles générales en matière de distanciation physique et de port du masque lors de rassemblements.

Il fixe en son premier alinéa les règles à respecter lors des rassemblements qui réunissent entre dix et cent personnes. En raison de la hausse du nombre des personnes testées positives au Covid-19 et des conditions climatiques qui font que les événements se déroulent plus souvent en lieu fermé, il est proposé d'insérer une limite de cent personnes par rapport à ces règles générales qui restent, quant au fond, inchangées.

Point 3°

Le point 3° vise à insérer un nouvel alinéa 2 au paragraphe 2 nouveau de l'article 4 de la loi précitée du 17 juillet 2020.

Le deuxième alinéa nouveau fixe des règles supplémentaires qui s'appliquent lors de l'organisation d'événements accueillant plus de cent personnes, comme les marchés hebdomadaires, les marchés de Noël, les salons, les foires etc.

Primo, l'organisateur d'un événement doit délimiter le périmètre du rassemblement à l'aide de rubans de signalisation ou d'un dispositif équivalent.

Secundo, l'organisateur de l'événement doit mettre en place un système permettant de gérer les flux de personnes afin d'éviter des pointes d'affluence. À cet effet, il est par exemple conseillé de prévoir des points d'entrée et de sortie à des endroits différents.

Tertio, l'organisateur est tenu d'afficher à l'entrée de manière claire et visible les mesures de protection ainsi que les recommandations sanitaires applicables.

Les organisateurs de ces événements sont tenus de notifier au moins quinze jours avant la date prévue du rassemblement les moyens mentionnés au Directeur de la santé sous forme d'un protocole sanitaire prévoyant au minimum les conditions précitées.

Point 4°

Il est proposé d'insérer un paragraphe 3 nouveau qui a pour objectif de préciser que lorsqu'un rassemblement réunissant entre dix et cent personnes est accompagné d'une activité accessoire de restauration ou de débit de boissons, les règles relatives au secteur de l'HORECA prévues à l'article 2 de la loi précitée du 17 juillet 2020 sont à respecter pour l'activité accessoire de restauration ou de boisson.

Point 5°

Le paragraphe 4 nouveau reprend le dispositif de l'ancien paragraphe 2 de l'article 4 de la loi précitée du 17 juillet 2020. Suite aux modifications apportées aux paragraphes 1^{er} et 2, il convient d'adapter le renvoi au nouveau paragraphe 2, alinéa 1^{er}.

Point 6°

Le paragraphe 5 nouveau reprend les dispositions de l'ancien paragraphe 3 de l'article 4 de la loi précitée du 17 juillet 2020 tout en supprimant les termes devenus obsolètes. Ce paragraphe prévoit également de dispenser du port de masque les personnes en situation de handicap ou présentant une pathologie et qui peuvent se prévaloir d'un certificat médical.

Échange de vues

- Monsieur Jean-Marie Halsdorf (CSV) se renseigne sur les raisons qui ont amené le ministère de la Santé à fixer la limite susmentionnée à cent personnes et s'interroge sur l'opportunité de fixer une limite supérieure de personnes autorisées à participer à un événement.
- Madame la Ministre de la Santé réplique qu'un nombre supérieur à cent personnes constitue une masse critique susceptible de rendre nécessaire l'élaboration d'un protocole de sécurité. Elle rappelle que la fixation d'une limite supérieure semble non indiquée dans la mesure où les personnes participant à un événement sont soumises aux règles de distanciation physique établies par l'article 4, paragraphe 2 nouveau, alinéa 1^{er} nouveau. Le nombre maximal de participants à un événement dépend donc de la superficie de l'endroit où se déroule l'événement. Il appartient à l'organisateur d'élaborer, en coopération avec la Direction de la santé, un protocole de sécurité visant à mettre en place une gestion des flux des personnes en fonction des conditions locales.
- Pour des raisons de sécurité juridique, Monsieur Marc Baum (déi Lénk) souligne l'opportunité de préciser qu'il s'agit d'événements « *susceptibles* » d'accueillir plus de cent personnes.
- Madame Françoise Hetto-Gaasch (CSV) demande si les associations sont autorisées à organiser des activités de restauration et de débits de boissons sous réserve du respect des règles applicables au secteur de l'HORECA. L'oratrice souligne l'opportunité de donner des consignes claires aux communes et aux associations étant donné que les acteurs concernés semblent interpréter la loi de façon divergente.
- Madame la Ministre de la Santé réplique qu'une telle activité est autorisée à condition qu'il s'agisse d'une activité accessoire et non pas d'une activité autonome.

Article 5

Le présent article modifie l'alinéa 1^{er} du paragraphe 1^{er} de l'article 5 de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19. Il précise, pour des raisons de sécurité juridique, que les personnes infectées donnent des renseignements sur l'identité des personnes avec lesquelles elles ont eu des contacts susceptibles de générer un haut risque d'infection.

Article 6

Le présent article apporte des modifications à l'article 7 de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19.

Point 1°

Dans un souci de meilleure lisibilité, une modification d'ordre légistique est apportée au point 1° du paragraphe 1^{er} de l'article 7 de la loi précitée du 17 juillet 2020.

Point 2°

Dans un souci de meilleure lisibilité, une modification d'ordre légistique est apportée au point 2° du paragraphe 1^{er} de l'article 7 de la loi précitée du 17 juillet 2020.

En outre, la référence à l'autorisation de sortie qui peut être accordée aux personnes concernées par une mesure de mise en isolement est supprimée.

Point 3°

Le point 3°, qui modifie le paragraphe 3 de l'article 7 de la loi précitée du 17 juillet 2020, étend la possibilité pour le directeur de la santé ou son délégué d'accorder une autorisation de sortie dans des situations particulières à des personnes qui sont mises en quarantaine, mais également à celles faisant l'objet d'une mesure d'isolement. S'agissant d'une appréciation au cas par cas, il n'y a pas de raison d'exclure cette possibilité de dérogation pour les mesures d'isolement.

En raison des modifications prévues au premier alinéa, il convient de préciser que les personnes mises en quarantaine ou en isolement qui ne sont pas spécifiquement autorisées à sortir à des fins professionnelles ou scolaires peuvent, en cas de besoin, se voir délivrer un certificat d'incapacité de travail ou de dispense de scolarité.

Article 7

L'article 7 modifie l'alinéa 1^{er} du paragraphe 1^{er} de l'article 11 de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19. Compte tenu des modifications apportées aux articles 2 et 4 de ladite loi, une adaptation des renvois s'impose en fonction de ces modifications.

Article 8

L'article 8, qui modifie l'alinéa 1^{er} du paragraphe 1^{er} de l'article 12 de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19, prévoit que les organisateurs d'événements réunissant plus de cent personnes encourent une sanction pénale lorsqu'ils ne notifient pas un protocole sanitaire préalablement au directeur de la santé.

Article 9

Dans le contexte de l'endiguement de la pandémie Covid-19, le présent article a pour objectif d'assouplir les règles de gouvernance et de permettre aux institutions de sécurité sociale de recourir, pour la tenue de leurs conseils d'administration, au vote à distance par visioconférence ou tout autre moyen

de communication à condition toutefois que l'identification du membre soit garantie. À cette fin, l'article 2 de la loi du 23 septembre 2020 portant des mesures concernant la tenue de réunions dans les sociétés et dans les autres personnes morales est adapté en conséquence.

Article 10

Compte tenu de l'urgence dans le contexte actuel, il est prévu que le dispositif du projet de loi entre en vigueur le jour de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Désignation d'un rapporteur

Le Président de la Commission de la Santé et des Sports, Monsieur Mars Di Bartolomeo, est nommé rapporteur du projet de loi sous rubrique.

4. 7332 **Projet de loi portant**
1. création d'un Observatoire national de la santé;
2. modification de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière;
3. modification de la loi modifiée du 25 novembre 1982 relative aux organes destinés à la transplantation;
4. modification de la loi modifiée du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé »

Faute de temps, il est convenu de reporter la discussion sur ce point à la réunion du 27 octobre 2020.

5. 7480 **Projet de loi modifiant :**
1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;
2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient

Présentation du projet de loi

Après une brève introduction de Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Sports, Madame la Ministre de la Santé présente le projet de loi sous rubrique ainsi que l'avis du Conseil d'État du 16 juin 2020.

Article 1^{er}

L'article 1^{er} modifie la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Point 1°

Le point 1° vise à insérer un nouvel alinéa 8 à l'article 6, point 2°, de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Le nouvel alinéa 8 prévoit la possibilité de nommer des membres suppléants au sein de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide afin de faciliter le fonctionnement de celle-ci. En effet, le cinquième rapport à la Chambre des Députés de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation

a évoqué la difficulté de fixer des réunions de ladite Commission en l'absence de désignation de membres suppléants.

Alors que le Conseil d'État conçoit la nécessité de ce complément, il considère, dans son avis du 16 juin 2020, qu'il convient de préciser que la désignation des suppléants se fait dans les conditions prévues aux alinéas 2 à 6, de façon à assurer que les règles de la composition restent respectées. Il considère encore qu'il serait utile de prévoir que la suppléance doit s'opérer dans chaque « *sous-groupe* ».

La Haute Corporation propose dès lors de retenir le libellé suivant :

« Il est désigné pour chacun des membres ci-avant un membre suppléant dans les conditions et selon les modalités prévues pour la désignation du membre effectif. »

La Commission de la Santé et des Sports juge indiqué de faire sienne la proposition de texte émise par le Conseil d'État.

Point 2°

Sous le point 2°, il est prévu d'insérer dans la loi précitée du 16 mars 2009 un nouvel article 15*bis* aux termes duquel le décès à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide, dans le cadre de la loi, est assimilé à une mort naturelle pour ce qui est de l'exécution des contrats. Cette disposition s'inspire de l'article 15 de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

L'objectif du nouveau dispositif est de résoudre les problèmes liés à l'exécution des contrats d'assurance-vie pour risques exclus au sens de l'article 103 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance.

Dans le commentaire des articles accompagnant le projet de loi, il est encore précisé que la présente modification réglera les conséquences du décès, notamment en ce qui concerne la communication des circonstances de la mort aux autorités publiques.

Le Conseil d'État note, dans son avis du 16 juin 2020, qu'il ne peut pas suivre les auteurs quand ils considèrent que la modification réglera les conséquences du décès en ce qui concerne la communication des circonstances de la mort aux autorités publiques. Il constate que le dispositif se réfère au seul secteur des contrats d'assurance et que les autorités judiciaires auront toujours le pouvoir de contrôler dans quelles circonstances le décès est intervenu.

La Commission de la Santé et des Sports prend note de cette observation du Conseil d'État.

Article 2

L'article 2 modifie l'article 12, paragraphe 5, de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Point 1°

Le point 1° modifie l'alinéa 1^{er} du paragraphe 5 de l'article 12 de la loi précitée du 24 juillet 2014 dans le but de préciser que la personne de confiance à

laquelle il est fait référence est également la personne de confiance au sens de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Ainsi, à l'article 12 de ladite loi, il est fait référence non seulement à la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, mais également à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

À ce sujet, il y a lieu de préciser que la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient s'applique à la relation qui se met en place quand un patient s'adresse à un prestataire de soins de santé.

Tel qu'il découle du commentaire des articles du projet de loi n°6469 relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé, devenu la loi précitée, il y a lieu d'entendre par « *soins de santé* » également les soins en situation de fin de vie, lorsque le médecin pratique des soins palliatifs ou lorsque le médecin est amené à répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide. Il en découle que la personne de confiance au sens de la loi précitée est également celle désignée pour les soins en fin de vie, soins palliatifs, euthanasie et assistance au suicide confondus.

Le Conseil d'État marque son accord avec le complément qui apporte une clarification utile à l'article 12, paragraphe 5, de la loi précitée du 24 juillet 2014.

Point 2°

Pour les raisons évoquées à l'endroit du point 1° de l'article 2, le point 2° modifie l'alinéa 2 du paragraphe 5 de l'article 12 de la loi précitée du 24 juillet 2014 dans le but de préciser que la personne de confiance à laquelle il est fait référence est également la personne de confiance au sens de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Le libellé du point 2° de l'article 2 ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'État quant au fond.

*

Il est décidé de reprendre les observations d'ordre légistique formulées par le Conseil d'État dans son avis du 16 juin 2020.

Désignation d'un rapporteur

Madame Cécile Hemmen est nommée rapportrice du projet de loi sous rubrique.

6. Divers

Aucun point divers n'est abordé.

Le Secrétaire-administrateur,
Patricia Pommerell

Le Président de la Commission de la Santé et des
Sports,
Mars Di Bartolomeo

Document écrit de dépôt



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

PL 7480 sur l'euthanasie
Auteure : Françoise Hetto-Gaasch
Date de dépôt : 11.02.2021



MOTION

La Chambre des Député(e)s,

- Sachant que les soins palliatifs, l'euthanasie et l'assistance au suicide ont été introduits dans la législation luxembourgeoise par deux lois du 16 mars 2009 ;
- Estimant que la finalité de tous ces textes est d'offrir à des personnes atteintes d'une maladie incurable accompagnée de souffrances physiques ou psychiques insupportables, une fin de vie en dignité ;
- Sachant qu'aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide ;
- Constatant que le sujet « fin de vie » est toujours un tabou dans notre société ;
- Considérant que les médecins accompagnant des personnes en fin de vie déplorent un manque de communication entre les acteurs médicaux et constatent que le principe du « advance care planning » est malheureusement loin d'être coutumier ;
- Estimant que l'entretien du médecin accompagnant avec le patient devrait être valorisé en tant qu'acte médical afin de pouvoir planifier une fin de vie en dignité ;
- Constatant qu'un véritable réseau des soins palliatifs avec, comme acteurs principaux les médecins généralistes, les réseaux de soins, les oncologues et les médecins spécialisés en soins palliatifs constituerait une véritable plus-value pour les patients en fin de vie.

Invite le Gouvernement,

- A œuvrer afin de garantir que la volonté du patient soit respectée, notamment en incitant les médecins qui refusent de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide à orienter le patient concerné vers un médecin disposé à réaliser le cas échéant une euthanasie ou une assistance au suicide ;
- A organiser une journée nationale « fin de vie » afin de mieux informer la population sur ce sujet sensible et tabouisé ;
- A insérer l'« advance care planning » ainsi que l'entretien avec les patients en fin de vie dans la nomenclature des actes ;

- à évaluer
les coûts
liés à

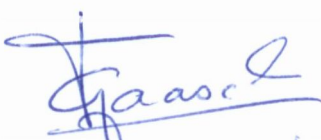
qui à


en vue
d'une
insertion



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG


- A prévoir le volet « fin de vie » dans le cadre des études spécialisées en médecine offertes à l'Université du Luxembourg notamment en y insérant le volet de l'entretien psychosocial ainsi que des stages dans le domaine des soins palliatifs pour les étudiants en médecine générale ;
- A organiser une table ronde avec tous les acteurs concernés afin de créer un réseau institutionnalisé et efficace des soins nécessaires pour les patients en fin de vie.


F. Hetto-Gaasch


A. Winder


Hansen Marline


N. Spautz


Georges Mischer

7480



Loi du 2 mars 2021 modifiant :

- 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ;**
- 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.**

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

Notre Conseil d'État entendu ;

De l'assentiment de la Chambre des Députés ;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 11 février 2021 et celle du Conseil d'État du 19 février 2021 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote ;

Avons ordonné et ordonnons :

Art. 1^{er}.

La loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide est modifiée comme suit :

1° À la suite de l'article 6, point 2, alinéa 7, il est inséré un nouvel alinéa 8, libellé comme suit :

« Il est désigné pour chacun des membres ci-avant un membre suppléant dans les conditions et selon les modalités prévues pour la désignation du membre effectif. »

2° À la suite de l'article 15, est inséré le nouvel article 15bis libellé comme suit :

« Art. 15bis.

La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des dispositions de la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie. »

Art. 2.

L'article 12, paragraphe 5, de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient est modifiée comme suit :

1° L'alinéa 1^{er} est complété par les termes :

« ainsi qu'au sens de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. »

2° À l'alinéa 2, les termes « de la loi précitée » sont remplacés par les mots suivants :

« des lois précitées »

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

La Ministre de la Santé,
Paulette Lenert

Palais de Luxembourg, le 2 mars 2021.
Henri

Doc. parl. 7480 ; sess. ord. 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021.

