

N° 5303³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2003-2004

PROJET DE LOI

relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie

* * *

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

(4.5.2004)

Par dépêche du 19 février 2004, le Premier Ministre, Ministre d'Etat, a soumis à l'avis du Conseil d'Etat le projet de loi sous rubrique, élaboré par le ministre de la Santé. Au texte du projet étaient joints un exposé des motifs et un commentaire des articles.

Les avis du Collège médical, de la commission consultative de l'assurance dépendance et de la Chambre des employés privés ont été communiqués au Conseil d'Etat, le 7 avril 2004. Par dépêche du 29 avril 2004, l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier lui est parvenu.

Le projet de loi relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie fait suite aux trois motions votées à la Chambre des Députés lors du débat d'orientation du 12 mars 2003 sur la médecine palliative, l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie. Ces motions concernaient le droit aux soins palliatifs, le „testament de vie“ et la dépénalisation de l'abstention thérapeutique.

Le projet de loi sous revue s'inscrit également dans la ligne de la Recommandation 1418 (1999) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur la protection des droits de l'Homme et de la dignité des malades incurables et des mourants, mentionnant dans son article 9:

„L'Assemblée recommande ... au Comité des Ministres d'encourager les Etats membres du Conseil de l'Europe à respecter et à protéger la dignité des malades incurables et des mourants à tous égards:

...

- b. en protégeant le droit des malades incurables et des mourants à l'autodétermination, en prenant les mesures nécessaires:*
- iii. pour qu'aucun malade incurable ou mourant ne reçoive de traitement contre sa volonté, tout en veillant à ce que l'intéressé ne subisse ni l'influence ni les pressions de tiers. Il convient en outre de prévoir des sauvegardes pour que cette volonté ne résulte pas de pressions économiques;*
- iv. pour faire respecter les instructions ou la déclaration formelle („living will“) rejetant certains traitements médicaux données ou faite par avance par des malades incurables ou des mourants désormais incapables d'exprimer leur volonté. Il convient en outre de veiller à ce que les critères de validité relatifs à la portée des instructions données par avance ainsi que ceux concernant la nomination et les pouvoirs des représentants légaux des intéressés soient dûment définis ...*
- v. pour que, sans préjudice de la responsabilité thérapeutique ultime du médecin, la volonté exprimée par un malade incurable ou un mourant en ce qui concerne une forme particulière de traitement soit prise en compte, pour autant qu'elle ne porte pas atteinte à sa dignité d'être humain;*
- vi. pour qu'en l'absence d'instructions anticipées ou de déclaration formelle il ne soit pas porté atteinte au droit à la vie du malade. Il convient de dresser la liste des traitements qui ne peuvent en aucun cas être refusés ou interrompus. (Gazette officielle du Conseil de l'Europe – juin 1999)“*

*

OBSERVATIONS LIMINAIRES

Le Conseil d'Etat regrette d'avoir été saisi d'un projet aussi important en fin de période législative, à savoir trois mois avant la fin des travaux parlementaires. Ce moment lui semble peu propice à une discussion générale, réfléchie et approfondie de toutes les questions de société qui se posent dans le contexte de ce qu'on appelle communément le „droit de mourir dans la dignité“. Aussi le Conseil d'Etat n'est-il pas en mesure d'aviser conjointement, tel qu'il l'aurait souhaité, la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité qui lui a été soumise en date du 8 février 2002, mais pour laquelle une prise de position du Gouvernement fait toujours défaut.

Dans son article „Euthanasie: vivre et laisser mourir“¹, Aline Cheynet de Beaupré montre combien ces questions sont liées, quand elle parle d'un crescendo, de la maladie jusqu'à la mort: *„tout d'abord les soins curatifs, puis la lutte contre la douleur, le non-acharnement thérapeutique, les soins palliatifs (ici s'arrêtent certains) enfin, la requête de suicide assisté ou d'euthanasie“*. La question de savoir si les malades en phase terminale ou d'autres doivent avoir la faculté de solliciter soit une aide au suicide, soit un acte mettant fin à leur vie, dans quelles conditions et moyennant quels garde-fous, n'a pas été abordée par le projet de loi sous revue. Ceci reflète d'ailleurs la situation prévalant au sein de la commission spéciale „éthique“ de la Chambre des députés qui conclut son rapport du 28 janvier 2003 ainsi: *„En considération des diversités et des divergences irréductibles dans les convictions et les appréciations, la Commission spéciale „éthique“ est arrivée à la conclusion qu'un consensus concernant la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité est impossible.“*

Si le Conseil d'Etat n'entend pas aborder dans le cadre du présent avis la question de l'acte délibéré de provoquer la mort en fin de vie, il se propose d'y revenir ultérieurement, car il lui semble nécessaire d'approfondir cette interrogation essentielle générant des problèmes éthiques et juridiques complexes et multiples.

Dans ce dernier contexte une série de nouvelles dispositions devraient compléter les mesures proposées par le présent projet de loi.

Dans une matière aussi sensible que les soins palliatifs ou l'acharnement thérapeutique, pour n'évoquer que ces deux domaines, il paraît tout d'abord indispensable que les différentes professions de la santé concernées soient appelées à fournir des orientations déontologiques susceptibles de guider et d'aider les professionnels régulièrement confrontés aux défis de la dure réalité, aux questionnements des patients et à la détresse de l'entourage de ces derniers. Il est vrai que le code de déontologie médicale contient un certain nombre de directives à ce sujet. Toujours est-il que ces règles établies en 1991 méritent d'être adaptées à l'évolution de la médecine et aux nouvelles connaissances acquises en la matière. A cet égard il convient toutefois de rappeler que depuis l'arrêt No 17/03 du 7 mars 2003 de la Cour Constitutionnelle le pouvoir déontologique des professions réglementées a été sérieusement ébranlé. A ce propos il est renvoyé aux développements effectués par le Conseil d'Etat dans son avis complémentaire du 16 mars 2004 sur la proposition de révision de l'article 36 de la Constitution (*Doc. parl. No 4754⁵, sess. ord. 2003-2004, pages 7 à 9*). Avant tout progrès en cause il est urgent d'asseoir le pouvoir normatif visé sur une base constitutionnelle solide. Aussi le Conseil d'Etat avait-il préconisé une modification de l'article 11 de la Constitution à l'effet d'y parvenir.

A noter ensuite qu'en milieu hospitalier des comités d'éthique ont été institués, dont le rôle et le fonctionnement méritent des précisions. Rien de tel n'existe pour le volet extra-hospitalier. Il en est de même concernant le dossier du malade, non visé dans les dispositions légales existantes, sauf pour ce qui est de l'hôpital. Or, les décisions envisagées par le présent projet de loi sont d'une importance telle qu'elles doivent être dûment documentées et retraçables.

Aussi, afin de ne pas entraver le Gouvernement dans sa démarche de faire bénéficier les personnes concernées du remboursement des soins palliatifs dispensés en milieu extra-hospitalier, le Conseil d'Etat se limite à l'heure actuelle à porter son avis sur la définition de ces soins et sur les seules modifications du Code des assurances sociales et propose de scinder le projet de loi sous examen en conséquence.

Dictée par un souci de débat serein et étendu, cette approche par étapes rejoint celle des experts en la matière. Ainsi Marie de Hennezel, psychologue clinicienne, active depuis dix ans au sein d'une équipe

¹ Paru le 18 décembre 2003 au recueil Dalloz No 44/7141

de soins palliatifs, insiste dans son rapport remarquable², remis en octobre 2003 au ministre français de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, sur la distinction entre:

- l'abstention, la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives;
- le soulagement des symptômes (douleur, dyspnée, angoisse) même lorsqu'il engage le risque vital;
- l'arrêt délibéré de la vie.

Dans le cas où le vote de la Chambre des députés porterait sur des articles non avisés par le Conseil d'Etat, il faudrait s'attendre à ce que la dispense du second vote constitutionnel ne soit pas accordée.

*

CONSIDERATIONS GENERALES

Le projet de loi sous revue a comme visée de donner, en cas de besoin, à tous et en tout lieu, un droit individuel au remboursement des soins palliatifs et d'en assurer le financement par le biais d'une prise en charge par la sécurité sociale.

Le Conseil d'Etat rappelle qu'actuellement les soins palliatifs sont d'ores et déjà inscrits dans notre législation pour ce qui concerne le milieu hospitalier et notamment dans

- la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dont l'article 26 précise que „*pour les hôpitaux de plus de 175 lits les fonctions suivantes doivent être assurées sous forme d'un service hospitalier répondant aux normes à fixer par règlement grand-ducal en vertu de l'article 10 de la présente loi: réanimation et/ou soins intensifs, imagerie médicale, laboratoire d'analyses médicales, soins palliatifs et service social*“.
- l'article 37 de ladite loi disant que „*Tout patient a accès aux soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert son état de santé, conformes aux données acquises par la science et à la déontologie. Les soins doivent être organisés de façon à garantir leur continuité en toutes circonstances.*“
- le règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier national, précisant dans l'article 14 que „*sans préjudice des dispositions de l'article 11, aucune autorisation ne sera accordée pour la création ou l'extension de services de base installés dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux de proximité ou de services hospitaliers spécialisés, à l'exception des services relevant des domaines ... des soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur*“.

Le Conseil d'Etat ne dispose pas des informations nécessaires pour évaluer dans quelle mesure ce droit aux soins palliatifs en milieu hospitalier est effectivement garanti à tous ceux qui en ont besoin. Toujours est-il que la commission spéciale „éthique“ écrit dans son rapport susmentionné que „*selon les représentants du Collège médical, 40-60% des malades en stade terminal n'obtiennent pas les soins appropriés. Aux yeux de la Commission cette constatation met notre société au défi de devoir remédier à cette situation déplorable*“. Le Conseil d'Etat souscrit entièrement à cette volonté d'humaniser la dernière étape de la vie d'un chacun et de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires afin de ne laisser personne mourir seul et abandonné.

Le Conseil d'Etat se doit toutefois de mettre en garde contre une attitude par trop simpliste se limitant à légiférer sans pour autant prévoir les outils nécessaires pour garantir l'application effective du droit aux soins palliatifs. Une série de questions se posent à cet égard.

Si désormais l'organisation des soins palliatifs relève et des hôpitaux (unités de soins palliatifs, équipes mobiles en soins palliatifs intra-hospitaliers, hospitalisation à domicile) et des réseaux d'aide et de soins, qui en garantira la coordination? Qui veillera à une collaboration optimale entre les différents acteurs?

Qui formera les médecins et le personnel soignant à la démarche palliative? A cet effet, la Commission spéciale „éthique“ avait consacré à bon escient un chapitre entier au volet de la formation de tous les soignants, médecins compris, et écrit: „*Le Collège estime que les médecins au Luxembourg ne sont pas formés en matière de soins palliatifs, et plus spécialement en traitement de la douleur. Or, des soins palliatifs contribueraient à réduire le problème de l'euthanasie à un minimum. Le Collège médical est d'avis que, pour les médecins établis, une formation en médecine palliative devrait être rendue obliga-*

² rapport „Mission: fin de vie et accompagnement“, de Marie de Hennezel, pages 37 et 45

toire dans le cadre de la formation médicale continue. Une telle formation doit être réglementée par le ministre responsable, afin que le contenu soit défini de manière précise“. (Doc. parl. No 4934, p. 7) Alors que dans son avis relatif au projet sous revue, le Collège médical remercie les autorités compétentes d’avoir initié effectivement des cours de formation continus en soins palliatifs, fréquentés par un grand nombre de médecins, le Conseil d’Etat voudrait insister auprès des instances concernées afin que ces offres soient encore intensifiées. Le Conseil d’Etat invite également les responsables des formations paramédicales à revoir les programmes d’études pour y inscrire les soins palliatifs et l’accompagnement en fin de vie comme module obligatoire pour tous. Car „c’est par la formation initiale et continue du corps médical et soignant que l’on parviendra progressivement à accepter la fin de la vie comme une étape inéluctable qu’il convient d’accompagner avec humanité“.³

Une autre question que le Conseil d’Etat tient à soulever dans ce contexte est celle des personnes âgées accueillies dans les diverses institutions gériatriques. Une fois les soins palliatifs organisés à domicile et au sein des hôpitaux, qu’en est-il de ces soins au sein des centres pour personnes âgées? Disposent-ils des moyens en personnel, formé et soutenu, pour être à la hauteur de cette mission d’accompagnement? La pratique actuelle ne consiste-t-elle pas trop souvent à transférer aux services d’urgence et de réanimation les personnes âgées victimes d’un accident vasculaire circulaire ou vasculaire cérébral, alors qu’elles auraient préféré mourir dans leur lit, accompagnées au moins par les soignants qui les et qu’elles connaissent? Selon une enquête menée en France, 80% des personnes déclarent vouloir mourir chez eux, alors que près de 72% finissent leur vie à l’hôpital. Qu’une bonne pratique des soins palliatifs à domicile et dans les centres pour personnes âgées puisse contribuer à réduire ce fossé entre souhait et réalité!

*

EXAMEN DES ARTICLES

Intitulé

Etant donné que le Conseil d’Etat limite son avis aux seules modifications à apporter au Code des assurances sociales en rapport avec les soins palliatifs il est proposé de regrouper toutes les dispositions visées dans un article unique à insérer dans un projet de loi à l’intitulé suivant:

„Projet de loi portant définition des soins palliatifs et modification du Code des assurances sociales.“

Articles 1er et 4 (unique selon le Conseil d’Etat)

L’article 1er définit le droit aux soins palliatifs, ses bénéficiaires et donne une définition de ces soins. Même si cette définition est décrite par les experts comme évolutive et sous forme de mosaïque, il convient de cerner cet article avec précision, car il aura des conséquences importantes pour la „sélection“ des bénéficiaires et les soins auxquels ils auront droit.

En se référant à l’Organisation mondiale de la santé, la Commission consultative nationale d’éthique pour les sciences de la vie et de la santé définit les soins palliatifs dans son rapport sur l’aide au suicide et l’euthanasie, comme suit: „(Ils) constituent l’ensemble des soins actifs globaux apportés aux patients dont la maladie ne répond plus à la thérapie curative et pour lesquels sont primordiaux le contrôle de la douleur ou d’autres symptômes ainsi qu’une assistance psychologique, morale, familiale, sociale. Les soins palliatifs ne visent plus la guérison du patient, mais bien l’assurance d’une qualité de vie optimale pour lui et ses proches“. (p. 11) „... les soins palliatifs affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès, ils soulagent aussi bien la douleur physique que d’autres symptômes pénibles, ils intègrent les aspects psychologiques et spirituels, ils aident les malades à mener une vie aussi active que possible jusqu’à la mort, ils aident les familles à affronter la maladie de leur proche et à faire leur propre deuil.“ (p. 24)

Dans le rapport de la commission spéciale „éthique“ susmentionné du 28 janvier 2003, la définition donnée ne diffère que légèrement de la précédente: „Les soins palliatifs sont des soins actifs donnés dans une perspective globale au patient en phase terminale au moment où sa maladie n’est plus influencée par le traitement curatif et où le soulagement de sa douleur et de ses autres symptômes physiques, ainsi

³ rapport „Mission: fin de vie et accompagnement“, *op. cit.*, page 29

que de ses difficultés sociales, psychologiques et spirituelles devient primordial. Les soins palliatifs sont multidisciplinaires dans leur approche; ils prennent en compte le malade, sa famille et son environnement social. En ce sens l'offre des soins palliatifs est celle des soins de base, ceux qui répondent aux besoins du malade où qu'il soit soigné, à domicile ou à l'hôpital. Les soins palliatifs se placent résolument du côté de la vie et considèrent la mort comme un processus naturel qu'ils ne hâtent, ni ne retardent. Ils font en sorte de préserver la qualité de vie la meilleure possible jusqu'au décès". (Doc. parl. No 4934, p. 9)

La loi belge du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs retient que „*par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre: l'ensemble des soins apportés au patient atteint d'une maladie susceptible d'entraîner la mort une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives. Un ensemble multidisciplinaire de soins revêt une importance capitale pour assurer l'accompagnement de ces patients en fin de vie, et ce sur les plans physique, psychique, social et moral. Le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimiser la qualité de vie pour le patient et pour sa famille, durant le temps qu'il lui reste à vivre.*“

La circulaire française No 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi No 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, retient les définitions et objectifs suivants:

„Les soins palliatifs concernant des personnes malades, atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit leur âge.

Les soins palliatifs sont définis par la loi No 99-477 du 9 juin 1999. Il s'agit de „soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage“.

Ils améliorent ainsi la qualité de la vie, en luttant contre les symptômes physiques et en apportant un soutien psychologique, spirituel et social aux patients et à leurs proches. Tous les professionnels de santé, travaillant en équipe interdisciplinaire et en lien avec des professionnels formés spécifiquement, sont concernés par cette démarche.“

Le Code de la santé publique français définit dans l'article L.1110-9 le droit aux soins palliatifs de la manière suivante: „*Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.*“

Il importe au Conseil d'Etat de préciser qu'il n'y a pas exclusion entre soins palliatifs et soins curatifs. Des soins curatifs peuvent rester appropriés conjointement à la prise en charge palliative.

Finalement la question du moment à partir duquel une personne a droit aux soins palliatifs se pose. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé de la Direction générale de la santé française⁴ retient que „*les critères objectifs et les limites de la phase palliative d'une maladie et de la fin de vie sont difficiles à fixer avec précision*“. Le Conseil d'Etat estime que pour des pathologies évolutives chroniques, actuellement incurables malgré les progrès de la médecine moderne, la prise en charge est déjà garantie par les mécanismes usuels de la sécurité sociale. Ce n'est qu'à un stade avancé voire terminal, donc en fin de vie, qu'une prise en charge intensifiée par des intervenants supplémentaires se justifie. En conséquence, pour délimiter le champ d'action et répondre à un souci de clarté et de précision, le Conseil d'Etat propose de reprendre les éléments y relatifs de textes français. Il lui semble en outre très difficile d'apprécier une notion très subjective, utilisée par les auteurs du projet de loi sous revue, qui est celle de „*sans espoir de guérison*“.

De même, le Conseil d'Etat suggère, à défaut d'un document vérifiable, de supprimer la référence à des bonnes pratiques en matière de soins palliatifs.

A défaut de précision, la dernière phrase mentionnant la collaboration étroite avec un hôpital est superfétatoire, étant donné que la deuxième phrase précise déjà qu'il s'agit en général de soins coordonnés.

Selon le Conseil d'Etat les soins palliatifs pourraient se définir comme suit:

„Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire, à l'hôpital, en institution ou à domicile.

4 „Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs“, décembre 2002, page 8

Ils s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale. Ils s'adressent également à leur famille et à leurs proches.

Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne malade, à sauvegarder sa dignité et à soutenir son entourage.

Cette définition, tirée des recommandations de l'„Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé“ de France („Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs“, décembre 2002), est à intégrer à l'article 17 du Code des assurances sociales sous la forme d'un paragraphe (3) nouveau, les alinéas 1 à 3 actuels étant transformés respectivement en les paragraphes (1), (2) et (4).

L'article 4 a trait au remboursement des soins palliatifs extra-hospitaliers par les mécanismes de la sécurité sociale. Les propositions y afférentes s'inscrivent dans les procédures de financement existant en matière d'assurance maladie. Ainsi les soins en question dispensés en dehors des hôpitaux par les réseaux d'aides et de soins, respectivement par les établissements d'aides et de soins, sont soumis au mécanisme du conventionnement obligatoire et des nomenclatures.

Même si les soins palliatifs dispensés en séjour hospitalier stationnaire relèvent d'un autre système de financement, à savoir du budget négocié avec l'Union des caisses de maladie, cette différence dans les modes de financement, inscrite dans la loi modifiée du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, ne devrait pas amputer le droit à un traitement égal, peu importe le lieu de soins du malade.

Dans l'optique du Conseil d'Etat le projet de loi sous avis prendra partant la teneur ci-après:

„Projet de loi portant définition des soins palliatifs et modification du Code des assurances sociales.

Article unique.— Le Code des assurances sociales est modifié comme suit:

1. L'article 17, alinéa 1er, est complété par le point 10 libellé comme suit:
„10. Les soins palliatifs.“
2. L'article 17 est complété par un paragraphe (3) nouveau de la teneur suivante, les actuels alinéas 1 à 3 devenant respectivement les paragraphes (1), (2) et (4):
„(3) Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire, à l'hôpital, en institution ou à domicile.
Ils s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale. Ils s'adressent également à leur famille et à leurs proches.
Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne malade, à sauvegarder sa dignité et à soutenir son entourage.
Les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs peuvent être précisées par règlement grand-ducal.“
3. L'article 61, alinéa 2, point 6, prend la teneur suivante:
„pour les foyers de réadaptation psychiatrique du secteur extra-hospitalier;“
4. L'article 61, alinéa 2, est complété par le point 12 libellé comme suit:
„12) concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins visés respectivement aux articles 392 et 393, ainsi que les centres d'accueil pour les personnes en fin de vie, dûment agréés par le ministre ayant la Famille dans ses attributions.“
5. L'article 65, alinéas 1 et 2, est modifié comme suit:
„(1) Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 1, alinéa 2, points 1) à 7) et 12), et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

(2) Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4) et 12), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie convention-

nelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa.“

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

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

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

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

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

„Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs au sens de l'article 17, paragraphe (3) du livre Ier.“

9. L'article 350 est complété par l'alinéa suivant:

„Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit aux actes essentiels de la vie, à la prise en charge des tâches domestiques prévue à l'article 353, alinéa 2, et à la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins prévue à l'article 356, alinéa 2. Ces prestations sont dispensées dans les limites prévues respectivement aux articles 353, alinéa 1er, et 360 sur base du relevé-type d'après les besoins effectifs constatés par le prestataire d'aides et de soins. Les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues ci-avant peuvent être précisées par règlement grand-ducal.“

10. L'article 351 prend la teneur suivante:

„**Art. 351.**– Pour la personne dépendante visée à l'article 349, alinéa 1er, les décisions individuelles relatives à l'existence de l'état de dépendance, à la détermination de la durée des aides et des soins requis, au remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces, celles relatives à l'article 356, sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, sur avis motivé de la cellule d'évaluation et d'orientation.

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

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

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

Ainsi délibéré en séance plénière, le 4 mai 2004

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Pierre MORES

