

N° 4909

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2001-2002

PROPOSITION DE LOI

sur le droit de mourir en dignité

* * *

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

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

*

EXPOSE DES MOTIFS**INTRODUCTION**

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

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

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

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

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

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

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

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

*

DEFINITIONS DES TERMES

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

„Acharnement thérapeutique“

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

„Médecine palliative“

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

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

„Euthanasie – aide à la mort“

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

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

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

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

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

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

*

DROIT A LA VIE VERSUS DROIT A L'AUTODETERMINATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

CONTEXTE INTERNATIONAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

LE DEBAT AU LUXEMBOURG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

LES PRINCIPES DE LA PRESENTE PROPOSITION DE LOI

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

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

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

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

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

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

TEXTE DE LA PROPOSITION DE LOI

Chapitre I – *Dispositions générales*

Art. 1er.– Pour l’application de la présente loi, il y a lieu d’entendre par euthanasie l’acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d’une personne à la demande de celle-ci. Par assistance au suicide il y a lieu d’entendre le fait d’aider intentionnellement une autre personne à se suicider ou de procurer à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande de celle-ci.

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

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

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

2. Dans tous les cas de demande d’euthanasie ou d’assistance au suicide et avant d’y procéder, le médecin a l’obligation de:

- informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d’euthanasie ou d’assistance au suicide et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu’offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver à la conviction que la demande du patient est volontaire et qu’aux yeux du patient il n’y a aucune autre solution acceptable dans sa situation;
- s’assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté exprimée récemment respectivement réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d’un délai raisonnable au regard de l’évolution de l’état du patient;
- consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l’affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s’assure du caractère constant, insupportable et sans perspective d’amélioration de sa souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être impartial, tant à l’égard du patient qu’à l’égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

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

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

3. La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix, pour autant qu'il ne s'agisse ni d'un héritier légal, ni d'un légataire universel que le patient aura l'intention de désigner dans son testament.

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

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

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

Chapitre III – *Le testament de vie*

Art. 3.– 1. Toute personne majeure ou mineure émancipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans un testament de vie sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans le testament de vie, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.

Le médecin consulté doit être impartial à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

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

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

Chapitre IV – La déclaration officielle

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

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

Art. 5.– 1. Il est institué une Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.

2. La Commission se compose de neuf membres, désignés par la Chambre des Députés sur base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission. Trois Membres sont docteurs en médecine. Trois membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable. Trois membres sont des personnes engagées dans la société civile.

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

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

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

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

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

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la Commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision, telle que visée à l'article 7 alinéa 2, de la Commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la Commission.

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

- le sexe, la date et le lieu de naissance du patient;
- la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
- la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
- les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée sans perspective d'amélioration;
- les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pressions extérieures;
- si l'on peut estimer que le décès aura lieu à brève échéance;
- s'il existe un testament de vie;
- la procédure suivie par le médecin;
- la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et la date de ces consultations;
- la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations;
- les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a l'intention de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.

Art. 7.– La Commission examine le document de déclaration officielle dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur base du deuxième volet du document d'enregistrement, si les conditions et la procédure prévues par la présente loi sont respectées.

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

Elle se prononce dans un délai de sept jours au plus.

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

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

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

Art. 8.– La Commission établit à l'attention de la Chambre des député-e-s, la première fois endéans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans:

- a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins remettent complété en vertu de l'article 7;
- b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;

c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

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

Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la Commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 7.

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

Elle peut entendre des experts.

Art. 9.– Le cadre administratif ainsi que les effectifs du personnel administratif à la disposition de la Commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales seront fixés par règlement grand-ducal.

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

Art. 11.– Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci.

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

Chapitre VI – Dispositions particulières

Art. 13.– Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.

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

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

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

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

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Chapitre I. – *Dispositions générales*

Article 1:

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

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

Article 2:

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

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

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

Chapitre III. – *Le testament de vie*

Article 3:

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

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

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

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

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

Article 5:

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

Article 6:

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

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

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

Article 7

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

Article 8

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

Article 11

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

Chapitre VI. – Dispositions particulières

Article 13

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

Article 14

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

