

N° 4909<sup>10</sup>

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2007-2008

**PROPOSITION DE LOI****sur le droit de mourir en dignité par l'euthanasie  
et l'assistance au suicide**

\* \* \*

## SOMMAIRE:

	<i>page</i>
<i>Amendements adoptés par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	
1) Dépêche du Président de la Chambre des Députés au Président du Conseil d'Etat (3.6.2008).....	1
2) Document synoptique.....	16

\*

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

(3.6.2008)

Monsieur le Président,

Me référant à l'article 19 (2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, j'ai l'honneur de vous faire parvenir ci-après une série d'amendements à la proposition de loi mentionnée sous rubrique, que la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a adoptés dans ses réunions des 22 et 28 mai 2008. Ces amendements ont été apportés au texte voté par la Chambre des Députés le 19 février 2008 et auquel le Conseil d'Etat a refusé la dispense du second vote constitutionnel dans sa séance du 4 mars 2008.

Dans le cadre de l'instruction de la proposition de loi, des membres de la Commission ont introduit une deuxième série d'amendements qui ont été examinés par la commission, sans toutefois recueillir la majorité des voix et qui de ce fait sont qualifiés d'„amendements minoritaires“ dans la suite.

A la demande de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, je vous prie, M. le Président, de bien vouloir inviter le Conseil d'Etat à se prononcer également sur ces amendements dans son avis complémentaire sur la proposition de loi.

A toutes fins utiles, est joint en annexe un document synoptique juxtaposant:

- le texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008,
- le texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale,
- les amendements minoritaires.

*Intitulé**Amendement minoritaire 1*

L'amendement a pour objet de modifier l'intitulé de la proposition de loi en „Proposition de loi sur l'aide à mourir“.

Au titre de motivation, les auteurs de l'amendement font valoir que la proposition de loi organise et structure une procédure selon laquelle une aide à mourir peut être pratiquée en des conditions strictes.

Elle n'a pas d'autre objet. Il n'est pas légitime d'insinuer que ceci constituerait la seule manière digne de mourir. Or, un intitulé de la proposition de loi qui se référerait à la dignité ferait précisément cela: il laisserait entendre ou sous-entendre que seule la mort provoquée pourrait être une mort digne. Cela n'est pas acceptable. Dès lors, il y a lieu de rapporter l'intitulé de la proposition de loi à l'objet qui est le sien: l'aide à mourir, pratiquée dans les conditions et suivant la procédure qu'elle établit.

#### *Amendement 1*

Reconnaissant partiellement le bien-fondé de l'argumentation à la base de l'amendement minoritaire ci-dessus exposé, la commission propose de compléter l'intitulé comme suit:

*„Proposition de loi 4909 sur le droit de mourir en dignité **par l'euthanasie et l'assistance au suicide**“.*

Il est ainsi implicitement souligné que ces deux formes de mort provoquée ne sont pas les seules manières de mourir dignement.

#### *Article premier*

##### *Amendement 2*

La commission propose de remplacer à l'article 1er le terme „tiers“ par celui de „médecin“, de sorte que cet article se lira comme suit:

*„Art. 1er.– Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un **tiers médecin**, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande **expresse et volontaire** de celle-ci.*

*Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait **qu'un médecin aide d'aider** intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande **expresse et volontaire** de celle-ci.“*

L'amendement entend ainsi préciser sans équivoque que la seule personne pouvant pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide dans le cadre de la présente loi est un médecin.

L'inclusion des adjectifs „expresse et volontaire“ s'impose pour clarifier que la demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide doit émaner du libre arbitre du demandeur lui-même, à l'exclusion de toute influence extérieure. Elle doit correspondre à un choix éclairé.

##### *Amendement minoritaire 2*

Concernant ce même article, la commission est saisie d'une proposition d'amendement ayant pour objet de conférer à l'article 1er la teneur amendée suivante:

*„Art. 1er.– Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre **par aide à mourir** l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande **expresse et volontaire de celle-ci. Cette demande correspond à un choix éclairé de son auteur.**“*

A l'appui de cet amendement, il est relevé que le terme d'„euthanasie“ ne doit pas recevoir de consécration légale dans le seul sens d'une aide active à mourir. En effet, étymologiquement, une euthanasie est une „bonne mort“, une mort douce, digne, se concevant en dehors de souffrances insupportables la précédant et la laissant apparaître comme la délivrance suprême. L'euthanasie n'est pas un acte; c'est la description d'une manière de mourir, au contraire d'autres apparitions du „thanatos“, de la mort, qui ne sont pas „eu“, mais „kakos“, mauvais. Dès lors, il y a lieu de spécifier clairement l'objet de la proposition de loi dès son premier article: elle porte sur les conditions dans lesquelles une aide à mourir peut être pratiquée sans que son auteur, nécessairement médecin, ne s'expose à des poursuites pénales pour homicide. Voilà pourquoi il est proposé de ne parler que d'„aide à mourir“ à travers l'ensemble du texte de la proposition de loi. La nature étendue de la prise en charge palliative moderne englobant la démarche de ce qui se disait un temps „euthanasie passive“, il n'est plus besoin de différencier entre aide active ou passive à mourir. Une demande d'aide à mourir sort précisément du cadre de la prise en charge palliative.

Il va de soi que cette expression englobe l'aide au suicide sans qu'elle ne doive être expressément mentionnée ou définie. Prodiguer une aide à mourir ne doit effectivement pas se limiter à un acte médical effectué intégralement par le médecin. Une telle aide peut très bien consister en la fourniture d'un cocktail lytique à une personne souhaitant mourir, mais voulant en même temps rester elle-même maître de cet acte final de sa vie.

## Article 2

### Amendement 3

La commission a adopté l'amendement 3 ayant pour objet d'apporter plusieurs modifications ponctuelles à l'article 2, modifications dont la motivation générale est la suivante:

Depuis le premier vote de la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité du 19 février de l'année en cours, des concertations de part et d'autre ont eu lieu, notamment avec les médecins, représentés par le Collège médical et l'Association des médecins et médecins-dentistes. Un souci principal exprimé par ces derniers est celui de la sécurité juridique qui devrait être assurée aux médecins pratiquant une euthanasie ou une assistance au suicide. En ce sens, l'amendement 3 renforce la sécurité des médecins par plusieurs adaptations. D'abord, l'amendement subdivise les dispositions de l'ancien article 2 en conditions de fond et conditions de forme; les conditions de fond revêtant une importance supérieure et étant seules susceptibles d'entraîner des sanctions pénales.

Par ailleurs, l'amendement prévoit que le fait de pratiquer une euthanasie ou d'assister au suicide dans les conditions de la présente loi ne constitue pas une infraction, ni une faute dans le chef du médecin. La notion de faute est nouvellement introduite pour éviter que les médecins ne puissent être poursuivis au civil. Le non-respect d'une condition de forme et de procédure donnera lieu à mesures disciplinaires à prononcer, le cas échéant, par le Collège médical.

Les autres adaptations auxquelles procède l'amendement 3 apportent des précisions sur l'état de la personne qui n'est plus en mesure de rédiger un testament de vie.

Le cercle de témoins est par ailleurs élargi compte tenu de la réalité que beaucoup de personnes ne disposent pas d'autres proches ou personnes de référence que les héritiers légaux ou les légataires universels ou particuliers. Dans ce contexte, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale reprend ainsi les suggestions d'une note du Ministère de la Santé relative aux incompatibilités ou incohérences entre le projet de loi 5584 et la proposition de loi 4909.

Le détail des sous-amendements ainsi apportés à l'article 2 est le suivant:

#### Amendement 3a:

Il est proposé de modifier la phrase introductive du paragraphe (1) de l'article 2 comme suit et de remplacer les tirets par une numérotation:

*„1. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide **ne commet ni faute ni infraction s'il s'est assuré que les conditions de fond suivantes sont respectées**“:*

#### Amendement 3b

Cet amendement a pour objet de modifier le quatrième tiret (nouveau point 4) du paragraphe 1 comme suit:

*„4) le patient ~~se trouve dans une situation médicale sans issue est atteint d'une affection grave et incurable~~ et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, **résultant d'une affection accidentelle ou pathologique indépendamment du fait qu'elle résulte d'une affection accidentelle ou pathologique**.“*

#### Amendement 3c

Il est proposé d'ajouter au premier paragraphe de l'article 2, un point 5 nouveau ainsi libellé:

*„5) la demande du patient d'avoir recours à une euthanasie ou une assistance au suicide est **consignée par écrit soit selon les dispositions de l'article 2.2., soit dans des dispositions de fin de vie telles que définies au Chapitre III de la présente loi**.“*

#### Amendement 3d

Cet amendement propose de modifier la phrase introductive du paragraphe 2 comme suit:

*„2. Dans tous les cas de demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide et avant d'y procéder, le médecin a l'obligation de **respecter les conditions de forme et de procédure suivantes**“:*

#### Amendement 3e

Cet amendement a pour objet d'ajouter au 1er tiret (point 1) in fine la phrase suivante:

*„Les entretiens sont **consignés au dossier médical, la consignation valant preuve de l'information**“;*

*Amendement 3f*

Cet amendement vise à modifier et à compléter le point 5 du paragraphe 2 comme suit:

„5) sauf opposition du patient, s’entretenir de sa demande avec **la personne de confiance** que celui-ci désigne **dans ses dispositions de fin de vie ou au moment de sa demande d’euthanasie ou d’assistance au suicide;**“

*Amendement 3g*

Il est proposé d’ajouter au paragraphe 2, premier alinéa, un point 7 nouveau ainsi libellé:

„7) **s’informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation si des dispositions de vie au nom du patient y sont enregistrées.**“

*Amendement 3h*

Cet amendement vise à modifier le 2e alinéa du paragraphe 2 comme suit:

„La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. ~~S’il n’est pas en état de le faire~~ **S’il se trouve dans l’impossibilité physique permanente de rédiger et de signer sa demande, cette dernière** est actée par écrit par une personne majeure de son choix. ~~pour autant qu’il ne s’agisse ni d’un héritier légal, ni d’un légataire universel que le patient aura l’intention de désigner dans son testament.~~“

*Amendement 3i*

Cet amendement modifie le 3e alinéa du paragraphe 1 comme suit:

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

\*

Concernant ce même article 2, la commission transmet au Conseil d’Etat les amendements minoritaires suivants:

*Amendement minoritaire 3*

Cet amendement a pour objet de remplacer la première phrase du paragraphe 1 de l’article 2 par le texte suivant:

„**Le médecin qui pratique une aide à mourir ne commet pas d’infraction s’il s’est assuré que** ...“

La proposition de loi devant porter sur l’aide à mourir, ainsi qu’exposé à l’amendement minoritaire 1, il y a lieu de se référer ici à cet objet précis de la proposition de loi. A noter que les amendements minoritaires 7, 11 et 12 poursuivent la même finalité.

*Amendement minoritaire 4*

Cet amendement a pour objet d’ajouter au premier paragraphe de l’article 2 un 5e tiret ainsi libellé:

– „**cette souffrance ne peut être prise en charge de manière efficace ni par la médecine curative ni par les traitements palliatifs, sans préjudice des dispositions de l’article 40 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.**“

Les auteurs de cet amendement font valoir qu’à „la lumière des représentations faites en la matière par le corps médical et les spécialistes en médecine palliative, que les demandes d’aide à mourir devraient être exceptionnelles, tout comme le fait de la prodiguer. Cette „exception d’euthanasie“, comme certains l’ont qualifiée, doit se concevoir comme la dernière aide qu’un médecin peut proposer à son patient, alors que toutes les options de traitements curatifs et palliatifs sont épuisées ou inopérantes. Dans la mesure où un projet de loi à voter au même moment que la proposition de loi institue (en fait, rappelle, étant donné que l’article 37 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose déjà que „**Tout patient a accès aux soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert**

son état de santé, conformes aux données acquises par la science et la déontologie.“), un droit aux soins palliatifs, et que l'accès à ces soins sera généralisé tant en milieu hospitalier qu'en dehors de celui-ci, il est à supposer que le recours aux soins palliatifs connaîtra une extension considérable, et fera régresser sensiblement les cas dans lesquels des personnes en fin de vie demanderont une aide active à mourir. Dès lors, il y a lieu de préciser dans cet article que tant la médecine curative que les soins palliatifs devront avoir atteint leurs limites, voire être inopérants ou inapplicables pour les derniers, avant que l'on ne conçoive le recours à l'aide active à mourir.

La loi hospitalière de 1998 prévoyant déjà le „consentement éclairé“ d'un patient à tout traitement qu'il est proposé de lui administrer, il existe déjà au Luxembourg un droit du patient de refuser tout traitement. En fin de vie, ce droit est absolu. Il est également absolu dans le cadre de dispositions de fin de vie qu'une personne aurait rédigées conformément à la présente proposition de loi. Pour rappel, l'article 40 de cette loi dispose notamment ce qui suit:

*„Art. 40. Lors de son admission à l'hôpital ou l'établissement hospitalier spécialisé, ainsi que pendant son séjour hospitalier le patient a, en vue de son consentement éclairé, droit à une information adéquate sur son état de santé ainsi que sur les traitements proposés. Il incombe au médecin traitant d'en informer le patient. Ces informations peuvent être complétées par les autres prestataires de soins dans le respect des règles déontologiques applicables. **Le patient a le droit de refuser ou d'accepter toute intervention diagnostique ou thérapeutique (...).**“*

Ces dispositions seront à respecter par le médecin traitant dans le respect des conditions énoncées par la proposition de loi. Le rappel de cette faculté de refuser tout traitement s'intègre logiquement dans le cinquième tiret proposé comme ajout à la teneur de l'article 2 proposée par les auteurs de la proposition de loi.

#### *Amendement minoritaire 5*

Cet amendement propose de remplacer le paragraphe 2 de l'article 2 par le texte suivant:

*„2. Dans tous les cas de demande d'aide à mourir, avant de la pratiquer, le médecin a l'obligation de saisir sans délai au moins trois praticiens dont un médecin spécialiste de la pathologie du patient, un médecin expert en traitements palliatifs et un psychiatre. Ce collègue, auquel participe le médecin traitant et qui doit être constitué dans les huit jours suivant la demande d'aide à mourir adressée au médecin traitant, doit:*

- informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa **demande d'aide à mourir** et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver à la conviction que la demande du patient est volontaire et qu'aux yeux du patient il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation;*
- s'assurer de la persistance de la **souffrance du patient et de sa volonté inchangée exprimée à plusieurs reprises**. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;*
- sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec **l'équipe soignante en contact régulier avec le patient ou des membres de celle-ci**;*
- s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne, et notamment avec la ou les personnes de confiance que le patient aurait désignée(s);*
- s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.*

*Le collègue consigne par écrit le résultat de ces constatations et entretiens. Il rend ses conclusions sur l'état de l'intéressé dans un délai maximum de huit jours.*

*La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt financier au décès du patient.*

*Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du collègue de praticiens en charge d'instruire la demande du patient. Ce document doit être versé au dossier médical.*

***Le médecin traitant respecte cette volonté. L'acte d'aide à mourir pratiquée sous son contrôle a lieu dans un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient. Ce délai d'un maximum d'un mois est le plus long possible au regard de l'état médical du patient.***

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

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

\*

Au-delà de quelques modifications textuelles n'appelant pas d'autre commentaire, cet amendement introduit l'intervention d'un collègue de praticiens qui accompagne le médecin traitant d'une personne demandant une aide à mourir pendant l'accomplissement des actes préparatoires à la pratique d'une telle aide. Ces actes visent notamment la vérification de l'existence de l'ensemble des conditions établies par la proposition de loi et dans lesquelles une aide à mourir peut être dispensée. Ils incluent également l'interaction avec la personne demandant une aide à mourir, interaction qui a comme but d'assurer le collègue de praticiens que la demande est volontaire, réfléchie, et indépendante de toute influence extérieure susceptible de la vicier.

L'interaction avec le patient doit également permettre de l'informer sur le déroulement et les effets de soins palliatifs et d'une éventuelle sédation palliative, ou terminale.

L'intervention d'un collègue de praticiens, à l'instar de ce qui est prévu par une proposition de loi déposée en France par Laurent Fabius, doit remplir deux objectifs:

- elle rassure le médecin traitant d'une personne demandant une aide à mourir quant au bien-fondé de la décision qu'il entend prendre par rapport à cette demande, et notamment au cas où il souhaite y accéder;
- elle permet une évaluation complète de la situation médicale de la personne demandant une aide à mourir, de manière à établir au-delà de tout doute raisonnable que la condition de cette personne permet de prodiguer une telle aide.

Les auteurs de cet amendement estiment qu'un tel „*autocontrôle*“ par la profession médicale elle-même avant tout acte d'aide à mourir s'impose.

#### *Article 3 nouveau*

##### *Amendement 4*

La commission propose d'insérer à la suite de l'article 2 un article 3 nouveau ainsi libellé, la numérotation des articles subséquents étant décalée d'une unité:

***„Art. 3.– Le médecin traitant peut, s'il en éprouve le besoin, se faire accompagner voire conseiller par un expert de son choix et verser, le cas échéant, l'avis ou l'attestation de l'intervention de ce dernier au dossier du patient.“***

Parallèlement à la sécurité juridique renforcée de l'article 2 amendé, la commission propose d'introduire, sur demande du corps des médecins, pour les médecins qui ont le souhait de se faire accompagner pour quelque motif que ce soit avant de pratiquer une euthanasie, la faculté de demander l'avis d'un expert de leur choix. La qualité de cet expert ne sera pas définie, de sorte que le choix ne se limite pas à un médecin. Si l'expert consulté émet un avis écrit sur son intervention, ce document est joint au dossier médical du patient. Sinon, mention de la consultation et la date de celle-ci est faite au dossier du patient.

#### *Article 4 (ancien article 3)*

##### *Amendement 5*

La commission propose de conférer à cet article la teneur amendée suivante:

***„Art. 4.– 1. Toute personne majeure ou mineure émancipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans des dispositions de fin de vie sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate:***

- *qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,*

- qu'elle n'est plus en mesure de communiquer,
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

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

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

Dans les dispositions de fin de vie, le déclarant peut désigner **une personne de confiance majeure, qui met** le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à ~~leur~~ son égard.

Les dispositions de fin de vie peuvent être faites à tout moment. Elles doivent être constatées par écrit, datées et signées par le déclarant.

2. Si la personne qui souhaite rédiger les dispositions de fin de vie est dans l'impossibilité **physique** permanente de rédiger et de signer, ses dispositions de fin de vie peuvent être actées par écrit par une personne majeure de son choix. ~~pour autant qu'il ne s'agisse ni d'un héritier légal, ni d'un légataire universel que le déclarant aura l'intention de désigner dans son testament.~~ Les dispositions de fin de vie se feront en présence de deux témoins majeurs. ~~dont l'un au moins n'est ni l'héritier légal, ni le légataire universel du déclarant.~~ Les dispositions de fin de vie doivent alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Les dispositions de fin de vie doivent être datées et signées par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la personne de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe aux dispositions de fin de vie.

Les dispositions de fin de vie seront enregistrées, dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la ~~Direction de la Santé~~ Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation.

Les dispositions de fin de vie peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. La ~~Direction de la Santé~~ Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Toutefois aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire en vertu du paragraphe 3 qui suit, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.

Tout médecin traitant un patient en fin de vie ou atteint d'une affection grave et incurable est tenu de s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées.

Les modalités relatives à l'enregistrement des dispositions de fin de vie ainsi qu'à l'accès de ces dispositions par les médecins en charge d'une personne en fin de vie peuvent être déterminées par règlement grand-ducal.

Ce règlement pourra proposer une formule de disposition de fin de vie dont les déclarants peuvent se servir.

3. Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite de dispositions de fin de vie telles que prévues aux alinéas 1er et 2, ne commet **ni faute ni** infraction s'il constate:

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

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

- 1) consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier

médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans les **dispositions de fin de vie**, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation. Le médecin consulté doit être impartial à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

- 2) s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu des **dispositions de fin de vie** avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;
- 3) si les **dispositions de fin de vie** désignent une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;
- 4) si les **dispositions de fin de vie** désignent une personne de confiance, s'entretenir de la volonté du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

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

\*

Par le biais de cet amendement, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale propose en premier lieu de remplacer l'expression „testament de vie“ par celle de „dispositions de fin de vie“, terminologie plus appropriée. Ensuite, l'amendement prévoit l'enregistrement des demandes auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, ceci en lieu et place de la Direction de la Santé à laquelle le texte initial proposait d'attribuer cette mission. Du fait qu'il appartiendra à cette instance de contrôler les actes d'euthanasie et d'assistance au suicide, il est logique d'y déposer également les dispositions de fin de vie.

Ensuite l'amendement prévoit la suppression de la possibilité de déterminer dans les dispositions de fin de vie des modalités relatives au don d'organes, étant donné qu'il existe une législation en vigueur plus favorable à ce sujet.

L'amendement introduit une obligation pour le médecin de s'informer activement sur l'existence des dispositions de fin de vie de son patient en se renseignant auprès de l'instance officielle d'enregistrement. C'est précisément aussi pour permettre au médecin de répondre à cette obligation que le texte prévoit que les dispositions de fin de vie ainsi que les changements y relatifs doivent être enregistrés, dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique, auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation.

La phrase qui précède celle qu'il est proposé d'ajouter à l'alinéa 4 du paragraphe 2 prévoit l'enregistrement des dispositions de fin de vie et des changements à y apporter. La disposition de fin de vie demandant une euthanasie „pour le cas où“ est un document à ce point sensible qu'il convient de le soumettre à la formalité de l'enregistrement. Tout changement, par exemple un changement élargissant les cas de figure dans lesquels le patient désire qu'il soit mis fin à sa vie, doit être soumis à la même formalité. Toutefois, si le médecin se trouve, d'une part, confronté à une disposition de fin de vie dûment enregistrée demandant l'euthanasie et, d'autre part, à des renseignements obtenus au cours de la consultation devant précéder l'acte aux termes desquels le patient aurait retiré même oralement seulement cette volonté, même sans avoir été en mesure ou sans avoir pensé à enregistrer ce revirement, priorité doit être donnée au maintien de la vie. Ceci résulte d'ailleurs implicitement de toute la procédure de consultation prévue au paragraphe 3. Mieux vaut le dire explicitement.

Dans sa teneur actuelle l'alinéa 6 du paragraphe 2 abandonne à un règlement grand-ducal de fixer les modalités relatives à „la présentation, à la conservation, à la confirmation et au retrait de la déclaration ainsi qu'à la demande d'information du médecin“. Ce texte est étroitement calqué sur la loi belge en la matière qui prévoit cependant une „présentation“ de la directive auprès de l'officier d'état civil de la commune où le déclarant habite, l'enregistrement n'étant que facultatif. Il convient d'employer dans la loi nationale le terme „enregistrement“, les modalités de l'enregistrement embrassant par ailleurs celles de sa conservation et de sa révision.

Plutôt que d'une „demande d'information“ du médecin il se recommande de parler d'un accès du médecin à la directive, celui-ci pouvant se faire via des moyens informatiques.

Finalement sans imposer une formule de directive seule valable, le règlement à intervenir pourra proposer un modèle de directive.

### *Amendement minoritaire 6*

Concernant ce même article, la commission est saisie de l'amendement minoritaire 6 consistant à remplacer le chapitre III actuel par un chapitre III nouveau intitulé „Des dispositions de fin de vie“ et ainsi libellé:

*„Art. 3.– Toute personne majeure ou mineure émancipée capable peut, pour le cas où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté, consigner sa volonté dans des dispositions de fin de vie. Les dispositions de fin de vie énoncent les circonstances dans lesquelles leur auteur désire ou refuse de recevoir des soins, sa volonté concernant l'étendue, la limitation et l'arrêt du traitement ainsi que, le cas échéant, les circonstances dans lesquels il souhaite bénéficier d'une aide à mourir dans les conditions de la présente loi.*

*Une directive anticipée au sens de la loi du (...) relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie qui comprendrait une demande d'aide à mourir est à considérer comme un document de dispositions de fin de vie au sens de la présente loi.*

*La volonté de l'auteur est à respecter conformément à la présente loi.*

*La demande de renonciation à tout traitement exprimée dans les dispositions de fin de vie doit être respectée si la condition de son auteur correspond à la situation visée par celui-ci et qu'elle est irréversible selon l'état actuel et prévisible de la science.*

*Le médecin ne commet pas d'infraction s'il pratique une aide à mourir dans les conditions de la présente loi et conformément à la volonté de l'auteur des dispositions de fin de vie s'il constate*

- que les conditions de l'article 2 sont remplies,*
- que la condition de l'auteur correspond à celle visée par lui dans ses dispositions de fin de vie,*
- qu'il n'est plus en mesure de communiquer,*
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel et prévisible de la science.*

*L'auteur de dispositions de fin de vie peut y désigner une ou plusieurs personnes de confiance, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à leur égard.*

*Les dispositions de fin de vie peuvent être faites à tout moment. Elles doivent être constatées par écrit, datées et signées par leur auteur. Elles seront enregistrées dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la Direction de la Santé.*

*Si la personne qui souhaite consigner ses dispositions de fin de vie est dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, ses dispositions de fin de vie peuvent être actées par écrit par une personne de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès de la personne dont elle consignera la volonté. Les dispositions de fin de vie sont actées en présence de deux témoins. Elles doivent alors préciser que leur auteur ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Les dispositions de fin de vie doivent être datées et signées par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la ou les personne(s) de confiance. Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe aux dispositions de fin de vie.*

*Les dispositions de fin de vie peuvent être retirées ou modifiées à tout moment par leur auteur. Les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés seront fixées par règlement grand-ducal.*

*Les dispositions de fin de vie ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du collège de praticiens consulté, sont consignés dans le dossier médical du patient.“*

\*

L'amendement a pour objet principal de remplacer l'expression de „testament de vie“ par celle de „dispositions de fin de vie“. En outre, il vise la clarification d'un certain nombre de dispositions de l'article 3 actuel de la proposition de loi, notamment l'effet du document intitulé „dispositions de fin de vie“, autrement dit, des suites à lui donner.

Il est utile de préciser dans le texte de la proposition de loi qu'une directive anticipée – le document prévu par le projet de loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie – est à considérer comme un document de dispositions de fin de vie dès lors qu'elle contient une demande d'aide à mourir. Ceci évitera toute question qui pourrait se poser quant aux suites à réserver à une telle demande dans le contexte d'un document qui ne serait pas intitulé „dispositions de fin de vie“, mais plutôt „directive anticipée“. Toute demande d'aide à mourir doit recevoir les suites qui lui sont réservées par les dispositions de la proposition de loi sous amendements.

Sur le terrain de la terminologie, il y a lieu d'exprimer clairement que le document visé n'est pas un testament au sens général de ce terme, mais l'expression des souhaits d'une personne quant à la manière dont elle souhaite mourir ou dont elle souhaite être prise en charge avant sa mort, pour le cas où elle ne serait plus en mesure de les exprimer elle-même quand le moment en serait venu. Il s'agit de dispositions de fin de vie – il est raisonnable de les appeler donc ainsi dans le texte. Un testament vise par essence la période suivant la mort de son auteur. Les dispositions de fin de vie, elles, concernant la période précédant sa mort ainsi que la mort elle-même. Ces deux choses ne sont pas à confondre.

Ensuite, il y a lieu de préciser que le souhait de l'auteur est à respecter par le médecin traitant. Autrement dit: si des dispositions de fin de vie existent et contiennent une demande d'aide à mourir, le médecin traitant doit déclencher la procédure visée à l'article 2 et faire intervenir le collège de praticiens, s'il est disposé à prodiguer l'aide demandée.

Une précision dans le texte établit que la condition du patient doit correspondre à celle visée par lui dans les dispositions de fin de vie et être irréversible selon l'état actuel et prévisible de la science. En effet, si le collège en vient à la conclusion qu'il est probable que le progrès médical dégage d'autres options de traitement efficace dans un avenir proche, il serait déraisonnable de pratiquer une aide à mourir avant qu'un nouveau traitement ne puisse être essayé et son efficacité testée par rapport à la condition du patient en question.

Enfin, il n'est pas nécessaire de décliner ici une nouvelle fois les conditions dans lesquelles une aide à mourir peut être prodiguée sans qu'il n'y ait poursuites pénales: ces principes ont été établis à l'article 2, et l'acte sera le même, s'il est pratiqué dans les conditions de la loi.

#### *Article 5 (ancien article 4)*

##### *Amendement 6*

Cet amendement consiste à compléter l'article 5 par la mention expresse de l'assistance au suicide, alors les dispositions relatives à l'enregistrement concernent à la fois les actes d'euthanasie que l'assistance au suicide. Par cet amendement, la commission ne fait donc que redresser un oubli matériel dans le texte initial de la proposition de loi.

L'article 5 est dès lors rédigé comme suit:

*„Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.“*

##### *Amendement minoritaire 7*

Par souci de cohérence terminologique, les auteurs des amendements minoritaires proposent de remplacer les termes „pratique une euthanasie“ par „pratique une aide à mourir“.

#### *Article 6 (ancien article 5)*

##### *Amendement 7*

Cet amendement vise à remplacer le paragraphe 2 de l'article 6 par le texte suivant:

*„2. La Commission se compose de neuf membres, désignés sur base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission.*

*Trois Membres sont docteurs en médecine, dont un possède une qualification et une expérience spécifique relative au traitement de la douleur. Ils sont proposés par le Collège médical.*

*Trois membres sont juristes, dont un avocat à la Cour proposé par le conseil de l'Ordre des Avocats, un magistrat proposé par la Cour supérieure de Justice et un professeur en droit de l'Université du Luxembourg.*

*Un membre est issu des professions de santé et proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.*

*Un membre est proposé par la commission consultative des droits de l'Homme et un membre est représentant d'une organisation ayant comme objet la défense des droits du patient.*

*Les membres de la Commission sont nommés par le Grand-Duc pour une durée de trois ans. Le mandat est renouvelable trois fois.*

*La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement ou du Conseil d'Etat. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition qu'au moins sept de ses membres soient présents. Elle prend ses décisions à la majorité simple."*

\*

La commission entend ainsi préciser la composition de la Commission. Les trois groupes qui y sont représentés sont les médecins, les juristes et des représentants de la société civile disposant d'une expérience ou des connaissances spécifiques en la matière.

Les membres sont proposés par leurs corps respectifs ou par l'organisation qu'ils sont appelés à représenter au sein de la Commission. Les corps sont libres de proposer les personnes de leur choix pour autant qu'elles disposent de la qualification requise.

Pour ce qui est des représentants du corps médical, il y a lieu de préciser qu'il appartiendra au Collège médical de les proposer et qu'un des trois membres possédera une expérience spécifique relative au traitement de la douleur.

Les incompatibilités prévues pour les mandats de député ou de membre du gouvernement sont étendues aux conseillers d'Etat.

Pour assurer une séparation des pouvoirs et une indépendance optimale de la Commission, les membres proposés par les corps respectifs feront l'objet d'une nomination par le Grand-Duc.

A l'alinéa final, il est précisé que la commission peut prendre des décisions à la majorité simple à condition que sept membres soient présents.

#### *Amendement minoritaire 8*

Concernant ce même article, la commission a examiné un amendement visant à remplacer l'article 5 (nouveau 6) par le texte suivant:

*„Art. 5.– Il est institué une Commission nationale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.*

*La Commission se compose de neuf membres, nommés par le Grand-Duc, en raison de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission. Ses membres sont répartis en trois catégories, comportant trois membres chacune:*

- trois membres sont docteurs en médecine, dont un au moins possède une qualification et une expérience spécifiques en médecine palliative. Des membres docteurs en médecine, un est proposé par le Collège médical, un est proposé par l'Association des médecins et médecins-dentistes, et un est médecin proposé par l'Université du Luxembourg.*
- trois membres sont juristes, dont un est magistrat, un est avocat à la Cour, et un est professeur à l'Université du Luxembourg. Ces trois membres sont proposés par la Cour supérieure de Justice qui propose le membre magistrat, le Conseil de l'Ordre qui propose le membre avocat à la Cour, et l'Université du Luxembourg qui propose le membre professeur de droit.*
- trois membres possèdent une qualification et une expérience spécifiques en matière d'éthique et de droits de l'Homme. Un membre est proposé par la Commission nationale d'Éthique, un membre est proposé par la Commission consultative des droits de l'Homme et un membre est proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.*

*La Commission élit parmi ses membres un président. Elle prend ses décisions à la majorité absolue de ses membres. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition que la moitié de ses membres soit présente. Elle établit son règlement d'ordre intérieur."*

\*

Les auteurs de cet amendement soulignent que la Commission nationale de contrôle et d'évaluation doit être un organe composé de manière à permettre une appréciation compétente de tout acte d'aide à mourir, sur les plans médical, juridique et éthique. Dès lors, cet amendement vise à:

- assurer que les membres de cette commission soient nommés par le Grand Duc sur proposition d'organes et d'organisation dont l'objet se rapporte à celui du contrôle et de l'évaluation à mettre en œuvre par elle, sans que ces personnes ne doivent se soumettre à un vote de la Chambre des Députés. En effet, l'intervention du parlement dans la composition d'une telle commission doit être écartée: l'activité de la commission n'a aucun aspect législatif, politique, institutionnel ou parlementaire au sens large.
- spécifier les qualifications des membres de la commission en établissant qu'il s'agit de, respectivement, trois médecins, juristes et spécialistes d'éthique et de droits de l'Homme, et en clarifiant qui pourra les proposer à la nomination par le Grand Duc.

En outre, l'amendement élimine du texte de la proposition de loi les incompatibilités de fonctions. Ces incompatibilités ne se justifient guère, dans la mesure où il est absolument invraisemblable qu'à partir du mode de proposition des membres prévu par l'amendement, un mandataire politique ne soit désigné par l'un des organes habilités à proposer des membres. Si jamais, un député ou un conseiller d'Etat était quand même proposé, il n'existe pas de raison convaincante pour laquelle cette personne, choisie en raison de ses compétences médicales, juridiques ou en matière éthique, ne devrait pas pouvoir faire partie de la Commission.

#### *Article 7 (ancien article 6)*

##### *Amendement 8*

Les modifications ponctuelles proposées par la commission dans le cadre de cet amendement ont pour objet de changer l'ordre des éléments dans l'énumération du dernier alinéa, ceci afin de souligner que l'existence d'un testament de vie ou d'une demande d'euthanasie ou de suicide assisté est le facteur le plus important à prendre en considération lors de la délibération.

Par ailleurs, la possibilité de consulter un expert, créée avec le nouvel article 3, est également prise en compte dans le deuxième volet des informations à fournir par le médecin.

Le changement au dernier tiret de l'article 7 est d'ordre purement rédactionnel.

##### *Amendement 9*

Cet amendement de la commission consiste à modifier le premier tiret (deuxième tiret suite à l'amendement 8) consacré au deuxième volet du document de déclaration officielle comme suit:

##### *– l'âge et le sexe du patient*

Le texte actuel de la proposition de loi prévoit que soient indiqués le sexe, la date et le lieu de naissance du patient. Hormis le fait que le lieu de naissance n'a aucune signification dans ce contexte, la mention de la date de naissance de cette personne à côté de son sexe permettrait de reconstituer son numéro de matricule de la sécurité sociale, et partant de l'identifier. Cette identification doit pourtant être exclue à ce stade de la procédure. Dès lors, il y a lieu de mentionner l'âge du patient ainsi que son sexe.

##### *Amendement 10*

Cet amendement consiste à biffer à l'article 7, le sixième tiret, dont la teneur est „si l'on peut estimer que le décès aura lieu à brève échéance;“.

Cet amendement s'impose, alors que ce texte est un résidu de la première mouture de la proposition de loi qui prévoyait encore l'intervention de la commission avant qu'une aide active à mourir ne soit pratiquée. Dans le cas de l'intervention ex post de la commission, une telle disposition ne fait plus de sens.

##### *Amendement 11*

Cet amendement inspiré par un souci de cohérence terminologique consiste à remplacer à l'article 6 (nouvel article 7), au septième tiret (sixième selon l'amendement 11), les termes de „testament de vie“ par ceux de „dispositions de fin de vie“.

Concernant l'article 7, la Commission est saisie des amendements minoritaires suivants:

*Amendement minoritaire 9*

Cet amendement vise à remplacer les tirets 3 à 5 de l'article 6 concernant le premier volet confidentiel du document de déclaration officielle par le texte suivant:

- „– les nom, prénoms, code médecin et domicile des médecins qui ont fait partie du collège consulté conformément à l'article 2, ainsi que les conclusions de ce collège;
- les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le collège, ainsi que la date de ces consultations;
- s'il existe des dispositions de fin de vie et qu'il désigne une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).“

L'amendement se justifie par le fait que l'intervention du collège de praticiens voulue par les amendements minoritaires rend nécessaire une adaptation de ce texte pour la prendre en considération. De même, il y a lieu de se référer aux dispositions de fin de vie, et non au testament de vie.

*Amendement minoritaire 10*

L'amendement propose de remplacer les tirets 9, 10 et 11 actuels de l'article 6 par le texte suivant:

- la qualification des médecins ayant fait partie du collège visé à l'article 2, et les conclusions de ce collège;
- la qualité des personnes consultées par le collège, et la date de ces consultations.

Les deux tirets prévus par cet amendement visent à prendre en compte le collège de praticiens voulu par l'amendement 5. Le dernier tiret de la proposition de loi est à biffer. Il constitue une incohérence conceptuelle dans une logique de contrôle ex post.

*Article 8 (ancien article 7)*

*Amendement 12*

La commission propose de donner aux alinéas 2 et 4 de l'article 8 la teneur amendée suivante:

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

...

*Lorsque, par décision prise à la majorité des voix de sept membres présents au moins, la Commission estime que les conditions prévues au paragraphe 2 de l'article 2 par la présente loi ne sont pas respectées, elle communique sa décision motivée au médecin traitant et envoie le dossier complet ainsi qu'une copie de la décision motivée au Collège médical. Ce dernier se prononce dans un délai d'un mois. Le Collège médical décidera à la majorité de ses membres s'il y a lieu à poursuite disciplinaire. En cas de non-respect d'une des conditions prévues au paragraphe 1 de l'article 2 de la présente loi, la commission transmet le dossier au Parquet.*“

En premier lieu, l'amendement fournit une définition exacte de la notion de „majorité des voix“. En effet, une simple majorité des voix présentes pourrait assez rapidement devenir insignifiante en l'absence de l'exigence d'un quorum.

Parallèlement à la sécurité juridique renforcée par l'article 2 amendé, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale introduit l'intervention du Collège médical qui est saisie par la commission lorsque des conditions de forme n'auront pas été respectées et qui décidera s'il y a lieu à poursuite disciplinaire. En cas de violation d'une des conditions de fond inscrites au paragraphe 1 de l'article 2, il appartiendra à la commission nationale de contrôle et d'évaluation de saisir le Parquet.

*Amendement minoritaire 11*

Cet amendement propose de remplacer pour des raisons de concordance terminologique, au deuxième alinéa de l'article 7, les termes „l'euthanasie ou à l'assistance au suicide“ par ceux „de l'aide à mourir“.

*Article 10 (ancien article 9)**Amendement 13*

La commission propose de donner à l'article 10 la teneur suivante:

**„Art. 10.–** *Le cadre administratif ainsi que les effectifs du personnel administratif à la disposition de la Commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales sont inscrits dans la loi budgétaire.*“

La commission estime que la teneur actuelle de cet article, prévoyant que le cadre et le personnel au service de la Commission soient déterminés par règlement grand-ducal, est constitutionnellement problématique. Afin de résoudre ce problème, et dans la mesure où la Commission n'aura pas besoin en permanence d'un effectif en personnel précis, il semble judicieux de prévoir que les besoins afférents sont inscrits dans la loi budgétaire.

*Article 11 (ancien article 10)**Amendement 14*

La commission propose de rédiger l'article 11 comme suit:

**„Art. 11.–** *Pour les besoins du système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie le Ministre de la Santé est autorisé à procéder à des engagements de personnel à occuper à titre permanent et à tâche complète, dont le nombre ne peut pas dépasser deux unités.*

*Les autres frais de fonctionnement de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, y compris les indemnités de ses membres, sont inscrits à la loi budgétaire.*“

Le personnel requis pour les besoins de l'enregistrement des dispositions de fin de vie fait actuellement défaut au Ministère de la Santé. Le besoin en personnel ad hoc dépend notamment des modalités d'accès des médecins aux dispositions enregistrées et ne peut être actuellement évalué avec précision, mais il ne devrait pas dépasser deux agents en équivalent plein temps.

*Article 14 supprimé**Amendement 15*

La commission propose la suppression de l'article 14 du texte initial.

En effet, la fiction juridique suivant laquelle une personne ayant bénéficié d'une aide à mourir n'est conçue que pour garantir un accès normal aux prestations d'une assurance-vie souscrite par la personne décédée. Or, par définition, ce n'est plus la personne décédée, mais ses héritiers qui souhaiteraient se voir accéder à ses prestations. Dans la mesure où le texte de la proposition de loi écarte de la procédure de l'aide à mourir toute personne pouvant avoir un intérêt financier au décès de celui qui demande une telle aide, il n'est pas concevable de prévoir que les héritiers doivent pouvoir accéder à des prestations financières à verser précisément en raison du décès de la personne ayant bénéficié d'une aide à mourir. Une telle fiction juridique pourrait constituer une incitation pour les héritiers potentiels de procéder à une prise d'influence inadmissible sur la personne en fin de vie concernant une accélération possible de son décès.

*Article 14 nouveau**Amendement 16*

La commission propose d'insérer dans le texte légal un article 14 nouveau ainsi libellé:

**„L'article 397 du Code pénal est complété par un deuxième alinéa, rédigé comme suit:**

**„Toutefois, par exception et sous le contrôle du juge, il n'y a ni crime ni délit lorsque les faits visés aux articles 393 et 394 ont été commis par un médecin suite à une demande à mourir dans les conditions et selon les procédures prévues par la loi.**“ “

L'article 397 du Code pénal traite de l'empoisonnement, qui est la variante de l'assassinat perpétrée à l'aide de l'administration à la victime de substances létales. Il s'agit du dernier article du chapitre du Code consacré aux homicides volontaires.

L'euthanasie ou l'assistance au suicide, à l'heure actuelle, se concevraient vraisemblablement, en droit pénal, comme un empoisonnement. Bien entendu, l'infraction pourrait être qualifiée différemment, ou correctionnalisée au niveau de l'homicide aux circonstances atténuantes, voire excusée, entraînant l'acquiescement de son auteur. Toutefois, comme la proposition de loi a pour but principal de

dépénaliser formellement l'euthanasie ou l'assistance au suicide pratiquées dans les circonstances qu'elle établit, il est raisonnable de spécifier, dans le Code pénal même, que par exception aux règles générales du droit pénal, le fait de donner la mort à la demande expresse d'une personne qui se trouve dans les conditions prévues par la loi n'est pas punissable.

Bien entendu, la dépénalisation ne saurait être absolue et totale – aucun acte donnant la mort ne saurait se situer complètement en dehors d'une faculté d'appréciation judiciaire dans un Etat de droit. Ceci est la raison pour laquelle il y a lieu de spécifier que le juge garde un droit de regard.

*Article 15 (ancien article 13)*

*Amendement minoritaire 12*

A l'article 13 (nouvel article 15), il est proposé de remplacer les termes de „euthanasie ou aide au suicide“ par ceux de „aide à mourir“.

*Article 16 nouveau*

*Amendement 17*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale propose de compléter la proposition de loi par un article 16 nouveau rédigé comme suit:

*„La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 2009.“*

L'application de la loi ne sera possible qu'après notamment la détermination des formalités d'enregistrement des dispositions de fin de vie et la mise en place de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation. Il convient donc de différer son entrée en vigueur au 1er janvier 2009.

\*

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

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

*Le Président de la Chambre des Députés,*  
Lucien WEILER

\*

## DOCUMENT SYNOPTIQUE

<p><i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i></p>	<p><i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i></p>	<p><i>Amendements minoritaires</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>PROPOSITION DE LOI</b> sur le droit de mourir en dignité</p> <p><b>Chapitre I – Dispositions générales</b></p> <p><b>Art. 1er.</b>– Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.</p> <p>Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait d'aider intentionnellement une autre personne à se suicider ou de procurer à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande de celle-ci.</p>	<p style="text-align: center;"><b>PROPOSITION DE LOI</b> sur le droit de mourir en dignité par l'euthanasie et l'assistance au suicide</p> <p><b>Chapitre I – Dispositions générales</b></p> <p><b>Art. 1er.</b>– 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 <b>expresse et volontaire</b> de celle-ci.</p> <p>Par assistance au suicide, il y a lieu d'entendre le fait <b>qu'un médecin aide</b> intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande <b>expresse et volontaire</b> de celle-ci.</p>	<p><i>Amendement 1:</i> Modifier l'intitulé comme suit:</p> <p style="text-align: center;"><b>PROPOSITION DE LOI</b> sur l'aide à mourir</p> <p><i>Amendement 2:</i> Conférer à l'article 1er la teneur suivante:</p> <p>Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre <b>par aide à mourir</b> l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande <b>expresse et volontaire</b> de celle-ci. <b>Cette demande correspond à un choix éclairé de son auteur.</b></p>
<p><b>Chapitre II – La demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, conditions et procédure</b></p> <p><b>Art. 2.</b>– 1. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que:</p> <p>– le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;</p>	<p><b>Chapitre II – La demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, conditions et procédure</b></p> <p><b>Art. 2.</b>– 1. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide <b>ne commet ni faute ni infraction</b> s'il s'est assuré que <b>les conditions de fond suivantes sont respectées:</b></p> <p><b>1)</b> le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;</p>	<p><i>Amendement 3:</i> remplacer la première phrase du paragraphe 1 de l'article 2 par le texte suivant:</p> <p>Le médecin qui pratique une <b>aide à mourir</b> ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que:</p>

<p><i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i></p>	<p><i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i></p>	<p><i>Amendements minoritaires</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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;</li> <li>– la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;</li> <li>– 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;</li> </ul> <p>et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.</p>	<p>2) le patient mineur entre 16 et 18 ans ayant demandé l'interruption de la vie peut se prévaloir de l'autorisation des parents ou de la personne jouissant de l'autorité parentale;</p> <p>3) la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;</p> <p>4) le patient <b>est atteint d'une affection grave et incurable</b> et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, <b>résultant d'une affection accidentelle ou pathologique;</b></p> <p>5) la demande du patient d'avoir recours à une euthanasie ou une assistance au suicide est consignée par écrit soit selon les dispositions de l'article 2.2., soit dans les dispositions de fin de vie telles que définies au Chapitre III de la présente loi.</p> <p>et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.</p>	<p><i>Amendement 4:</i> <i>ajouter au premier paragraphe de l'article 2 un 5e tiret ainsi libellé:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– cette souffrance ne peut être prise en charge de manière efficace ni par la médecine curative ni par les traitements palliatifs, sans préjudice des dispositions de l'article 40 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.</li> </ul>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>2. Dans tous les cas de demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide et avant d'y procéder, le médecin a l'obligation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— 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;</li> <li>— 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;</li> </ul>	<p>2. Dans tous les cas de demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide et avant d'y procéder, le médecin a l'obligation de <b>respecter les conditions de forme et de procédure suivantes</b> :</p> <p><b>1)</b> 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. <b>Les entretiens sont consignés au dossier médical, la consignation valant preuve de l'information;</b></p> <p><b>2)</b> s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté exprimée récemment respectivement réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;</p>	<p><i>Amendement 5:</i> <i>remplacer le paragraphe 2 de l'article 2 par le texte suivant:</i></p> <p><b>2. Dans tous les cas de demande d'aide à mourir, avant de la pratiquer, le médecin a l'obligation de saisir sans délai au moins trois praticiens dont un médecin spécialiste de la pathologie du patient, un médecin expert en traitements palliatifs et un psychiatre. Ce collègue, auquel participe le médecin traitant et qui doit être constitué dans les huit jours suivant la demande d'aide à mourir adressée au médecin traitant, doit :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa <b>demande d'aide à mourir</b> 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;</li> <li>— s'assurer de la persistance de la <b>souffrance du patient et de sa volonté inchangée exprimée à plusieurs reprises</b>. 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;</li> </ul>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>– consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et sans perspective d'amélioration de sa souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être impartial, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;</p> <p>– sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec l'équipe soignante en contact régulier avec le patient ou des membres de celle-ci;</p> <p>– sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;</p> <p>– s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.</p>	<p>3) consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et sans perspective d'amélioration de sa souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être impartial, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;</p> <p>4) sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec l'équipe soignante en contact régulier avec le patient ou des membres de celle-ci ;</p> <p>5) sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec la personne de confiance que celui-ci désigne dans ses dispositions de fin de vie ou au moment de sa demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide;</p> <p>6) s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer;</p> <p>7) s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées.</p>	<p>– sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec l'équipe soignante en contact régulier avec le patient ou des membres de celle-ci;</p> <p>– s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne, et notamment avec la ou les personnes de confiance que le patient aurait désigné(s);</p> <p>– s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.</p> <p><b>Le collège consigne par écrit le résultat de ces constatations et entretiens. Il rend ses conclusions sur l'état de l'intéressé dans un délai maximum de huit jours.</b></p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix, pour autant qu'il ne s'agisse ni d'un héritier légal, ni d'un légataire universel que le patient aura l'intention de désigner dans son testament.</p> <p>Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin dont le nom devra également être indiqué dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.</p>	<p>La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. <b>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.</b></p> <p>Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit <b>et signée par le patient ou la personne qui a rédigé la demande</b> en présence du médecin <b>traitant</b> dont le nom devra également être indiqué dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.</p>	<p>La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, <b>sa demande est actée par écrit par une personne de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt financier au décès du patient.</b></p> <p>Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du collègue de praticiens en charge d'instruire la demande du patient. Ce document doit être versé au dossier médical.</p> <p><b>Le médecin traitant respecte cette volonté. L'acte d'aide à mourir pratiquée sous son contrôle a lieu dans un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient. Ce délai d'un maximum d'un mois est le plus long possible au regard de l'état médical du patient.</b></p> <p>Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.</p> <p>L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.</p>
<p>Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.</p> <p>L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.</p>	<p>Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.</p> <p>L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.</p>	<p>Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.</p> <p>L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.</p>
	<p><b>Art. 3.– nouveau.– Le médecin traitant peut, s'il en éprouve le besoin, se faire accompagner voire conseiller par un expert de son choix et verser, le cas échéant, l'avis ou l'attestation de l'intervention de ce dernier au dossier du patient.</b></p>	

<p><i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i></p>	<p><i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i></p>	<p><i>Amendements minoritaires</i></p>
<p><b>Chapitre III – Le testament de vie</b></p> <p><b>Art. 3.–</b> 1. Toute personne majeure ou mineure éman- cipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifeste sa volonté, consigner par écrit dans un testa- ment de vie sa volonté qu'un médecin pratique une eutha- nasie si ce médecin constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,</li> <li>– qu'elle n'est plus en mesure de communiquer,</li> <li>– et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.</li> </ul> <p>Dans le testament de vie le déclarant exprime sa volonté, pour le cas où il ne pourrait plus l'exprimer, quant aux circonstances précises dans lesquelles il désire ou refuse de recevoir des soins, traitements et accompagnements et lesquels, ainsi que, le cas échéant, les circonstances et conditions dans lesquelles il désire subir une euthanasie.</p>	<p><b>Chapitre III – Des dispositions de fin de vie</b></p> <p><b>Art. 4.–</b> 1. Toute personne majeure ou mineure éman- cipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifeste sa volonté, consigner par écrit dans <b>des dispo- sitions de fin de vie</b> sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,</li> <li>– qu'elle n'est plus en mesure de communiquer,</li> <li>– et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.</li> </ul> <p>Dans <b>les dispositions de fin de vie</b> le déclarant exprime sa volonté, pour le cas où il ne pourrait plus l'exprimer, quant aux circonstances précises dans lesquelles il désire ou refuse de recevoir des soins, traitements et accompa- gnements ainsi que, le cas échéant, les circonstances et conditions dans lesquelles il désire subir une euthanasie.</p>	<p><b>Amendement 6:</b> <i>Le chapitre III est remplacé par le texte suivant:</i></p> <p><b>Chapitre III – Des dispositions de fin de vie</b></p> <p><b>Art. 3.–</b> Toute personne majeure ou mineure éman- cipée capable peut, pour le cas où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté, consigner sa volonté dans des dispositions de fin de vie. Les dispositions de fin de vie énoncent les circonstances dans lesquelles leur auteur désire ou refuse de recevoir des soins, sa volonté concernant l'étendue, la limitation et l'arrêt du traitement ainsi que, le cas échéant, les circonstances dans lesquelles il souhaite bénéficier d'une aide à mourir dans les conditions de la présente loi.</p> <p>Une directive anticipée au sens de la loi du (...) relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie qui comprendrait une demande d'aide à mourir est à considérer comme un document de dispositions de fin de vie au sens de la présente loi.</p> <p>La volonté de l'auteur est à respecter conformément à la présente loi.</p>
<p>Le testament de vie peut comprendre par ailleurs un volet spécifique où le déclarant fixe les dispositions à prendre quant au mode de sépulture et à la cérémonie de ses funérailles, ainsi que sa volonté quant au don d'orga- nes après sa mort.</p> <p>Dans le testament de vie le déclarant peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à leur égard.</p>	<p>Les <b>dispositions de fin de vie</b> peuvent comprendre par ailleurs un volet spécifique où le déclarant fixe les dispo- sitions à prendre quant au mode de sépulture et à la céré- monie de ses funérailles.</p> <p>Dans <b>les dispositions de fin de vie</b>, le déclarant peut désigner <b>une personne de confiance majeure, qui met</b> le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à <b>son</b> égard.</p>	<p>La demande de renonciation à tout traitement expri- mée dans les dispositions de fin de vie doit être respec- tée si la condition de son auteur correspond à la situation visée par celui-ci et qu'elle est irréversible selon l'état actuel et prévisible de la science.</p> <p>Le médecin ne commet pas d'infraction s'il pratique une aide à mourir dans les conditions de la présente loi et conformément à la volonté de l'auteur des dispo- sitions de fin de vie s'il constate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– que les conditions de l'article 2 sont remplies,</li> <li>– que la condition de l'auteur correspond à celle visée par lui dans ses dispositions de fin de vie,</li> </ul>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>Le testament de vie peut être fait à tout moment. Il doit être constaté par écrit, daté et signé par le déclarant.</p> <p>2. Si la personne qui souhaite faire un testament de vie est dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, son testament de vie peut être acté par écrit par une personne majeure de son choix, pour autant qu'il ne s'agisse ni d'un héritier légal, ni d'un légataire universel que le déclarant aura l'intention de désigner dans son testament.</p> <p>Le testament de vie se fera en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'est ni l'héritier légal, ni le légataire universel du déclarant. Le testament de vie doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Le testament de vie doit être daté et signé par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la ou les personnes de confiance.</p> <p>Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe au testament de vie.</p> <p>Le testament de vie sera enregistré dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des testaments de vie auprès de la Direction de la Santé.</p>	<p>Les <b>dispositions de fin de vie</b> peuvent être faites à tout moment. Elles doivent être constatées par écrit, datées et signées par le déclarant.</p> <p>2. Si la personne qui souhaite <b>rédiger les dispositions de fin de vie</b> est dans l'impossibilité <b>physique</b> permanente de rédiger et de signer, <b>ses dispositions de fin de vie</b> peuvent être actées par écrit par une personne majeure de son choix. <b>Les dispositions de fin de vie</b> se feront en présence de deux témoins majeurs. <b>Les dispositions de fin de vie</b> doivent alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. <b>Les dispositions de fin de vie</b> doivent être datées et signées par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par <b>la personne</b> de confiance.</p> <p>Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe aux <b>dispositions de fin de vie</b>.</p> <p><b>Les dispositions de fin de vie seront enregistrées</b>, dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la <b>Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation</b>.</p>	<p>– qu'il n'est plus en mesure de communiquer, et que cette situation est irréversible selon l'état actuel et prévisible de la science.</p> <p>L'auteur de dispositions de fin de vie peut y désigner une ou plusieurs personnes de confiance, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à leur égard.</p> <p>Les dispositions de fin de vie peuvent être faites à tout moment. Elles doivent être constatées par écrit, datées et signées par leur auteur. Elles seront enregistrées dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la Direction de la Santé.</p> <p>Si la personne qui souhaite consigner ses dispositions de fin de vie est dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, ses dispositions de fin de vie peuvent être actées par écrit par une personne de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès de la personne dont elle consignera la volonté. Les dispositions de fin de vie sont actées en présence de deux témoins. Elles doivent alors préciser que leur auteur ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Les dispositions de fin de vie doivent être datées et signées par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la ou les personne(s) de confiance.</p> <p>Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe aux dispositions de fin de vie.</p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>Le testament de vie peut être réitéré, retiré ou adapté à tout moment. La Direction de la Santé est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant.</p> <p>Les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés seront fixées par règlement grand-ducal.</p> <p>3. Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite d'un testament de vie tel que prévu aux alinéas 1er et 2, ne commet pas d'infraction s'il constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,</li> <li>— qu'il est inconscient,</li> <li>— et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;</li> </ul>	<p><b>Les dispositions de fin de vie peuvent être réitérées, retirées ou adaptées</b> à tout moment. La <b>Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation</b> est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant. <b>Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation.</b> Toutefois aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire en vertu du paragraphe 3 qui suit, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.</p> <p>Tout médecin traitant un patient en fin de vie ou atteint d'une affection grave et incurable est tenu de s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées.</p> <p>Les modalités relatives à l'enregistrement des dispositions de fin de vie ainsi qu'à l'accès de ces dispositions par les médecins en charge d'une personne en fin de vie peuvent être déterminées par règlement grand-ducal.</p> <p><b>Ce règlement pourra proposer une formule de disposition de fin de vie dont les déclarants peuvent se servir.</b></p> <p>3. Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite de dispositions de fin de vie telles que prévues aux alinéas 1er et 2, ne commet <b>ni faute ni</b> infraction s'il constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,</li> <li>— qu'il est inconscient,</li> <li>— et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;</li> </ul>	<p>Les dispositions de fin de vie peuvent être retirées ou modifiées à tout moment par leur auteur. Les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés seront fixées par règlement grand-ducal.</p> <p>Les dispositions de fin de vie ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du collège de praticiens consulté, sont consignés dans le dossier médical du patient.</p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.</p> <p>Dans tous les cas, et avant de procéder à l'euthanasie, le médecin a l'obligation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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;</li> <li>– 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;</li> <li>– si le testament de vie désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;</li> <li>– 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;</li> </ul> <p>Le testament de vie ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés dans le dossier médical du patient.</p>	<p>et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.</p> <p>Dans tous les cas, et avant de procéder à l'euthanasie, le médecin a l'obligation de :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 <b>les dispositions de fin de vie</b>, 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;</li> <li>2) s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu des <b>dispositions de fin de vie</b> avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;</li> <li>3) si <b>les dispositions de fin de vie désignent</b> une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;</li> <li>4) si <b>les dispositions de fin de vie</b> désignent une personne de confiance, s'entretenir de la volonté du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne;</li> </ol> <p>Les <b>dispositions de fin de vie</b> ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés dans le dossier médical du patient.</p>	

<p><i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i></p>	<p><i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i></p>	<p><i>Amendements minoritaires</i></p>
<p><b>Chapitre IV – La déclaration officielle</b></p> <p><b>Art. 4.</b>– Le médecin qui pratique une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 6, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation visée à l'article 5 de la présente loi.</p>	<p><b>Chapitre IV – La déclaration officielle</b></p> <p><b>Art. 5.</b>– Le médecin qui pratique une euthanasie <b>ou une assistance au suicide</b> remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation visée à l'article 6 de la présente loi.</p>	<p><b>Amendement 7:</b> <i>Remplacer les termes „pratique une euthanasie“ par ceux de „pratique une aide à mourir“.</i></p>
<p><b>Chapitre V – La Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation</b></p> <p><b>Art. 5.</b>– 1. Il est institué une Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.</p> <p>2. La Commission se compose de neuf membres, désignés par la Chambre des Députés sur base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission.</p>	<p><b>Chapitre V – La Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation</b></p> <p><b>Art. 6.</b>– 1. Il est institué une Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.</p> <p>2. La Commission se compose de neuf membres, désignés sur base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission.</p>	<p><b>Amendement 8:</b> <i>Remplacer l'article 5 par le texte suivant:</i></p> <p><b>Art. 5.</b>– Il est institué une Commission nationale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.</p> <p>La Commission se compose de neuf membres, <b>nommés par le Grand-Duc</b>, en raison de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission. <b>Ses membres sont répartis en trois catégories, comportant trois membres chacune:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>trois membres sont docteurs en médecine, dont un au moins possède une qualification et une expérience spécifiques en médecine palliative. Des membres docteurs en médecine, un est proposé par le Collège médical, un est proposé par l'Association des médecins et médecins-dentistes, et un est médecin proposé par l'Université du Luxembourg.</b></li> </ul>
<p>Trois Membres sont docteurs en médecine, trois membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable et trois membres sont des personnes engagées dans la société civile.</p>	<p>Trois Membres sont docteurs en médecine, <b>dont un possède une qualification et une expérience spécifique relative au traitement de la douleur. Ils sont proposés par le Collège médical.</b></p>	<p>– <b>trois membres sont docteurs en médecine, dont un au moins possède une qualification et une expérience spécifiques en médecine palliative. Des membres docteurs en médecine, un est proposé par le Collège médical, un est proposé par l'Association des médecins et médecins-dentistes, et un est médecin proposé par l'Université du Luxembourg.</b></p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition que la moitié de ses membres soit présente.</p> <p>3. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.</p>	<p>Trois membres sont juristes, dont un avocat à la Cour proposé par le conseil de l'Ordre des Avocats, un magistrat proposé par la Cour supérieure de Justice et un professeur en droit de l'Université du Luxembourg.</p> <p>Un membre est issu des professions de santé et proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.</p> <p>Un membre est proposé par la commission consultative des droits de l'Homme et un membre est représentant d'une organisation ayant comme objet la défense des droits du patient.</p> <p>Les membres de la Commission sont nommés par le Grand-Duc pour une durée de trois ans. Le mandat est renouvelable trois fois.</p> <p>La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement ou du Conseil d'Etat. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition qu'au moins sept de ses membres soient présents. Elle prend ses décisions à la majorité simple.</p> <p>3. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.</p>	<p>trois membres sont juristes, dont un est magistrat, un est avocat à la Cour, et un est professeur à l'Université du Luxembourg. Ces trois membres sont proposés par la Cour supérieure de Justice qui propose le membre magistrat, le Conseil de l'Ordre qui propose le membre avocat à la Cour, et l'Université du Luxembourg qui propose le membre professeur de droit.</p> <p>trois membres possèdent une qualification et une expérience spécifiques en matière d'éthique et de droits de l'Homme. Un membre est proposé par la Commission nationale d'Éthique, un membre est proposé par la Commission consultative des droits de l'Homme et un membre est proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.</p> <p>La Commission élit parmi ses membres un président. Elle prend ses décisions à la majorité absolue de ses membres. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition que la moitié de ses membres soit présente.</p> <p>Elle établit son règlement d'ordre intérieur.</p>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p><b>Art. 6.</b>— La Commission établit un document de déclaration officielle qui doit être complété par le médecin et adressé à la Commission chaque fois qu'il pratique une euthanasie.</p> <p>Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— les nom, prénoms, domicile du patient;</li> <li>— les nom, prénoms, code médecin et domicile du médecin traitant;</li> <li>— 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;</li> <li>— les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que la date de ces consultations;</li> <li>— 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).</li> </ul> <p>Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la Commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision, telle que visée à l'article 7 alinéa 2, de la Commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la Commission.</p>	<p><b>Art. 7.</b>— La Commission établit un document de déclaration officielle qui doit être complété par le médecin et adressé à la Commission chaque fois qu'il pratique une euthanasie.</p> <p>Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— les nom, prénoms, domicile du patient;</li> <li>— les nom, prénoms, code médecin et domicile du médecin traitant;</li> <li>— 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;</li> <li>— les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que la date de ces consultations;</li> <li>— s'il existait des <b>dispositions de fin de vie et qu'elles désignaient</b> une personne de confiance, les nom et prénoms de la personne de <b>confiance</b> qui est intervenue.</li> </ul> <p>Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la Commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision, telle que visée à l'alinéa suivant du présent article. Ce volet ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la Commission.</p>	<p><i>Amendement 9:</i> <i>Remplacer les tirets 3 à 5 de l'article 6, concernant le premier volet confidentiel du document de déclaration officielle par le texte suivant:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— les nom, prénoms, code médecin et domicile des médecins <b>qui ont fait partie du collège consulté conformément à l'article 2, ainsi que les conclusions de ce collège;</b></li> <li>— les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées <b>par le collège</b>, ainsi que la date de ces consultations;</li> <li>— <b>s'il existe des dispositions de fin de vie</b> et qu'il désigne une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).</li> </ul>

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p>Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le sexe, la date et le lieu de naissance du patient;</li> <li>– la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;</li> <li>– la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;</li> <li>– les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée sans perspective d'amélioration;</li> <li>– les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pressions extérieures;</li> <li>– si l'on peut estimer que le décès aura lieu à brève échéance;</li> <li>– s'il existe un testament de vie;</li> <li>– la procédure suivie par le médecin;</li> </ul>	<p>Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>s'il existe des dispositions de fin de vie ou une demande d'euthanasie ou de suicide assisté;</b></li> <li>– <b>l'âge et le sexe du patient;</b></li> <li>– la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;</li> <li>– la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;</li> <li>– les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée sans perspective d'amélioration;</li> <li>– les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pressions extérieures;</li> </ul> <p>– la procédure suivie par le médecin;</p>	<p><i>Amendement 10:</i>  <i>Remplacer les tirets 9, 10 et 11 actuels (8, 9 et 10 nouveaux) de l'article 6 par le texte suivant, le dernier tiret étant à biffer.</i></p> <p><b>la qualification des médecins ayant fait partie du collège visé à l'article 2, et les conclusions de ce collège;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– la qualité des personnes consultées <b>par le collège</b>, et la date de ces consultations.</li> <li>– (à biffer)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et la date de ces consultations;</li> <li>– la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations;</li> <li>– les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a l'intention de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et <b>les dates</b> de ces consultations;</li> <li>– la qualité des personnes <b>et de l'expert éventuellement</b> consultés par le médecin, <b>et les dates</b> de ces consultations;</li> <li>– les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a <b>praticqué</b> l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et la date de ces consultations;</li> <li>– la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations;</li> <li>– les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a l'intention de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et <b>les dates</b> de ces consultations;</li> <li>– la qualité des personnes <b>et de l'expert éventuellement</b> consultés par le médecin, <b>et les dates</b> de ces consultations;</li> <li>– les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a <b>praticqué</b> l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et la date de ces consultations;</li> <li>– la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations;</li> <li>– les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a l'intention de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et <b>les dates</b> de ces consultations;</li> <li>– la qualité des personnes <b>et de l'expert éventuellement</b> consultés par le médecin, <b>et les dates</b> de ces consultations;</li> <li>– les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a <b>praticqué</b> l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.</li> </ul>	

<p><i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i></p> <p><b>Art. 7.</b>– La Commission examine le document de déclaration officielle dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur base du deuxième volet du document d'enregistrement, si les conditions et la procédure prévues par la présente loi ont été respectées.</p> <p>En cas de doute, la Commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide.</p> <p>Elle se prononce dans un délai de deux mois.</p> <p>Lorsque, par décision prise à la majorité des voix, la Commission estime que les conditions prévues par la présente loi ne sont pas respectées, elle communique sa décision motivée au médecin traitant et envoie le dossier complet ainsi qu'une copie de la décision motivée au parquet.</p>	<p><i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i></p> <p><b>Art. 8.</b>– La Commission examine le document de déclaration officielle dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur base du deuxième volet du document d'enregistrement, si les conditions et la procédure prévues par la présente loi ont été respectées.</p> <p>En cas de doute, la Commission peut décider, à la majorité simple de <b>sept membres présents au moins</b>, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide.</p> <p>Elle se prononce dans un délai de deux mois.</p> <p>Lorsque, par décision prise à la majorité des voix <b>de sept membres présents au moins</b>, la Commission estime que les conditions prévues au <b>paragraphe 2 de l'article 2</b> 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 <b>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.</b></p>	<p><i>Amendements minoritaires</i></p> <p><i>Amendement 11:</i> <i>Remplacer au deuxième alinéa de l'article 7, les termes „l'euthanasie ou à l'assistance au suicide“ par ceux de „l'aide à mourir“.</i></p>
---	--	---

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p><b>Art. 8.</b>– La Commission établit à l'attention de la Chambre des Députés, la première fois endéans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans:</p> <p>a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins remettent complété en vertu de l'article 7;</p> <p>b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;</p> <p>c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.</p> <p>Pour l'accomplissement de ces missions, la Commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la Commission sont confidentiels.</p> <p>Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la Commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 7.</p> <p>La Commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes de recherche qui en feraient la demande motivée.</p> <p>Elle peut entendre des experts.</p> <p><b>Art. 9.</b>– Le cadre administratif ainsi que les effectifs du personnel administratif à la disposition de la Commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales seront fixés par règlement grand-ducal.</p>	<p><b>Art. 9.</b>– La Commission établit à l'attention de la Chambre des Députés, la première fois endéans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans:</p> <p>a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins remettent complété en vertu de l'article 8;</p> <p>b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;</p> <p>c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.</p> <p>Pour l'accomplissement de ces missions, la Commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la Commission sont confidentiels.</p> <p>Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la Commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.</p> <p>La Commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes de recherche qui en feraient la demande motivée.</p> <p>Elle peut entendre des experts.</p> <p><b>Art. 10.</b>– 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 <b>sont inscrits dans la loi budgétaire.</b></p>	

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p><b>Art. 10.</b>– Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés au budget du ministère de la Santé.</p>	<p><b>Art. 11.</b>– Pour les besoins du système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie le Ministre de la Santé est autorisé à procéder à des engagements de personnel à occuper à titre permanent et à tâche complète, dont le nombre ne peut pas dépasser deux unités.</p> <p>Les autres frais de fonctionnement de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, y compris les indemnités de ses membres, sont inscrits à la loi budgétaire.</p>	
<p><b>Art. 11.</b>– Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci.</p>	<p><b>Art. 12.</b>– Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci.</p>	
<p><b>Art. 12.</b>– Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la Commission, visés à l'article 8, la Chambre des Députés organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution de la Chambre des Députés et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des Députés.</p>	<p><b>Art. 13.</b>– Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la Commission, visés à l'article 9, la Chambre des Députés organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution de la Chambre des Députés et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des Députés.</p>	
	<p><b>Chapitre VI – Dispositions modificatives</b></p> <p><b>Art. 14.</b>– L'article 397 du Code pénal est complété par un deuxième alinéa, rédigé comme suit:</p> <p>„Toutefois, par exception et sous le contrôle du juge, il n'y a ni crime ni délit lorsque les faits visés aux articles 393 et 394 ont été commis par un médecin suite à une demande à mourir dans les conditions et selon les procédures prévues par la loi.“</p>	

<i>Texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des Députés le 19 février 2008</i>	<i>Texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	<i>Amendements minoritaires</i>
<p><b>Chapitre VI – Dispositions particulières</b></p> <p><b>Art. 13.–</b> Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.</p> <p>Aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie ou une assistance au suicide.</p> <p>Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide, il est tenu d'en informer le patient et/ou la personne de confiance, s'il en existe une, dans les 24 heures en précisant les raisons de son refus.</p> <p>Le médecin qui refuse de donner suite à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.</p>	<p><b>Chapitre VII – Dispositions particulières</b></p> <p><b>Art. 15.–</b> Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.</p> <p>Aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie ou une assistance au suicide.</p> <p>Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide, il est tenu d'en informer le patient et/ou la personne de confiance, s'il en existe une, dans les 24 heures en précisant les raisons de son refus.</p> <p>Le médecin qui refuse de donner suite à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.</p> <p>(Article initial supprimé par l'amendement 15)</p>	<p><b>Amendement 12:</b></p> <p><b>Remplacer les termes de „euthanasie ou assistance au suicide“ par ceux de „aide à mourir“.</b></p>
<p><b>Art. 14.–</b> La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.</p>	<p><b>Art. 16.–</b> La présente loi entre en vigueur le <b>1er janvier 2009.</b></p>	