

N^{os} 4909¹¹**5584¹⁶****CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI**sur le droit de mourir en dignité par l'euthanasie
et l'assistance au suicide****PROJET DE LOI****relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à
l'accompagnement en fin de vie et modifiant:**

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

* * *

DEUXIEME AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL D'ETAT

(7.10.2008)

En référence à l'article 19(2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, le Président de la Chambre des députés a saisi par dépêche du 3 juin 2008 le Conseil d'Etat d'une série de six amendements au projet de loi sous avis, adoptés par la Commission de la santé et de la sécurité sociale. Cette série d'amendements était accompagnée, à titre indicatif, d'un texte coordonné tenant compte des propositions d'amendement.

Par une autre dépêche du 3 juin 2008, le Président de la Chambre des députés a également saisi le Conseil d'Etat, à la demande de la Commission de la santé et de la sécurité sociale, d'une deuxième série de vingt-neuf amendements à la proposition de loi sous avis. A titre indicatif, ces amendements étaient accompagnés d'un document synoptique juxtaposant le texte de la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par la Chambre des députés le 19 février 2008, le texte coordonné et amendé adopté par la Commission de la santé et de la sécurité sociale et un texte coordonné tenant compte des amendements qui n'ont pas recueilli la majorité des voix à la Commission de la santé et de la sécurité sociale.

L'examen du Conseil d'Etat porte sur tous les amendements dont il a été saisi par le Président de la Chambre des députés. Dans la mesure où il lui incombe dans le cadre de ses attributions constitutionnelles d'examiner les amendements aux projets et propositions de loi, qui lui sont soumis par le parlement, il n'appartient pas au Conseil d'Etat de vérifier le processus décisionnel afférent, qui est le propre de la Chambre des députés.

*

Dans son avis du 13 juillet 2007, le Conseil d'Etat avait donné son avis sur la proposition de loi sous rubrique. Sans vouloir préjuger de l'avenir, il recommandait d'opter pour une approche réservée en matière d'euthanasie et d'assistance au suicide. Il rappelait que, dans son arrêt du 29 avril 2002, la

Cour européenne des droits de l'homme estimait „qu'il n'est pas possible de déduire de l'article 2 de la Convention un droit à mourir, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique“. Il précisait que l'introduction du principe de sédation palliative par le projet de loi sous avis retire à la proposition de loi sa principale motivation, étant donné que la condition d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration sur laquelle est basée la dépénalisation de l'euthanasie peut être efficacement contrée par la mise en route d'une sédation palliative. Il concevait que, même si les souffrances de la personne en fin de vie pouvaient être soulagées efficacement, il serait prévisible que la sédation palliative ne soit pas perçue par chaque individu comme la situation idéale pour terminer sa vie, par référence à sa dignité individuelle, telle qu'il la conçoit sur le plan personnel et subjectif. Il mettait en garde contre les aléas cachés et inattendus auxquels conduisent les essais d'une déduction de droit positif à partir d'une notion aussi générale que celle de la dignité humaine, laquelle peut s'avérer une „véritable boîte de Pandore si elle n'est pas maniée avec prudence et circonspection“.

Le Conseil d'Etat insistait sur le respect du Code de déontologie des médecins. La mise à mort délibérée de personnes, avec ou sans leur consentement, n'est en effet pas compatible avec la déontologie de l'exercice de la médecine dans la très grande majorité des pays du monde.

Dans son avis complémentaire du 11 décembre 2007, le Conseil d'Etat s'était interrogé sur la portée concrète de la condition d'une situation médicale sans issue face aux possibilités thérapeutiques de la sédation palliative. Il avait mis en garde sur les interférences entre le testament de vie de la proposition de loi et la directive anticipée du projet de loi qui rendent les deux textes incompatibles.

L'approche préconisée par le Conseil d'Etat n'a pas été partagée par la Chambre des députés, qui a adopté la proposition de loi, le 19 février 2008. Pour des raisons de sécurité juridique dans ce domaine sensible, le Conseil d'Etat a estimé ne pas pouvoir suivre la Chambre des députés en accordant à son tour la dispense du second vote constitutionnel aux deux textes adoptés simultanément par la Chambre.

Le Conseil d'Etat entend examiner les amendements qui lui ont été soumis, sans se départir de la ligne de ses avis précédents.

Le Conseil d'Etat constate que les dispositions sur les souhaits du patient quant aux conditions, à la limitation et à l'arrêt du traitement lors de sa fin de vie continuent à coexister dans le projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et dans la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité telle qu'amendée, alors que les interférences des dispositions de ces deux instruments ont engendré son refus de la dispense du second vote constitutionnel. L'éventualité de la coexistence d'une directive anticipée et de dispositions de fin de vie risque de mettre le médecin, qui est en charge d'un patient en fin de vie, en présence de deux documents différents qui déterminent chacun pour soi l'arrêt ou la limitation de traitement. La coexistence de ces documents ne s'exclut pas mutuellement et peut donc comporter des indications différentes pour une même situation clinique. L'accès à ces documents par le médecin en charge du patient peut être différent. Des personnes de confiance différentes peuvent y être désignées. L'existence dans le dossier médical d'une directive anticipée, telle que prévue par le projet de loi, ne devra pas empêcher le médecin de s'informer sur l'existence éventuelle de dispositions de fin de vie telles que prévues par la proposition de loi, et centralisées ailleurs. Le risque d'insécurité juridique reste donc entier. Dans la logique du refus de sa dispense, le Conseil d'Etat se doit de formuler une opposition formelle quant à la coexistence de dispositions dans les deux textes portant sur la volonté du patient préalablement exprimée de refuser des soins en fin de vie.

Par ailleurs, les auteurs de la proposition de loi ont fait valoir à plusieurs reprises que leur texte s'inspire largement de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Dans le rapport de la Commission de la santé et de la sécurité sociale du 14 février 2008, il est conclu que les risques allégués de dérapage ne sont pas fondés (*doc. parl. No 5584¹¹*). L'argumentation se base sur les chiffres-clefs du rapport d'évaluation belge concernant la période 2004-2005.

Or, le Conseil d'Etat constate que le texte tel qu'amendé se différencie à maints égards du texte de référence belge, et ceci par son caractère manifestement moins contraignant. Comme le Conseil d'Etat avait adopté une approche prudente dans son premier avis et ne s'y était pas prononcé en faveur d'une nécessité de légiférer en la matière, cette situation l'inquiète particulièrement.

En effet, la loi belge n'inclut ni les personnes mineures ni les personnes démentes. Or, dans le texte sous revue, les personnes mineures entre 16 et 18 ans sont explicitement concernées par la proposition

de loi. Le champ d'application des dispositions de fin de vie comprend les personnes qui ne peuvent plus communiquer leur volonté, donc implicitement les personnes démentes avec un certain degré de déficit cognitif. Tel n'est pas le cas en Belgique, où une perte de conscience irréversible doit être établie. Le texte sous avis produit une confusion dans ce contexte, puisqu'il prévoit la demande d'euthanasie dans le cas d'une impossibilité irréversible de communiquer sa volonté, mais dépénalise uniquement le médecin qui pratique l'euthanasie dans une situation où la personne est inconsciente, c.-à-d. où elle se trouve dans une situation de coma irréversible. D'après le Conseil d'Etat, il y a lieu de corriger cette incohérence entre ces deux dispositions, afin de clarifier la situation des personnes démentes. A noter que, face aux débats éthiques et philosophiques en Belgique concernant la question de l'extension éventuelle du domaine d'application de la loi aux mineurs d'âge et aux personnes démentes, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation confirme dans son rapport du 20 mai 2008 l'avis donné dans ses précédents rapports: elle estime que l'application de la loi n'a pas donné lieu à des difficultés majeures ou à des abus qui nécessiteraient des modifications législatives.

En outre, la loi belge ne prévoit pas la dépénalisation de l'assistance au suicide, alors que la proposition de loi l'introduit.

La loi belge limite encore la dépénalisation aux situations médicales sans issue, le texte amendé l'élargit aux affections graves et incurables.

Quant aux déclarations du médecin à l'intention de la Commission de contrôle et d'évaluation, elles comportent en Belgique la date, le lieu et l'heure du décès. La proposition de loi n'exige pas que ces données soient enregistrées pour faire partie du rapport établi à l'intention de la Chambre des députés.

En ce qui concerne le contrôle *ex ante*, celui-ci est indirectement effectué par le recours à un médecin consultant, qui s'assure du caractère constant, insupportable et sans perspective d'amélioration de la souffrance physique et psychique du patient. Il informe le patient quant aux résultats de cette consultation. Selon le Conseil d'Etat, le contrôle *ex ante* est à renforcer dans le chef de ce médecin consultant qui devra clairement exprimer dans le dossier médical si les conditions requises pour une euthanasie sont données chez le patient examiné.

Le Conseil d'Etat s'interroge sur la portée du critère d'impartialité du médecin consultant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant. Cette notion d'impartialité laisse croire que le médecin et la personne revendiquant une euthanasie puissent être en désaccord, alors que justement en fin de vie la relation médecin-patient devrait être imprégnée de confiance mutuelle. Le Conseil d'Etat préfère la notion d'indépendance conférée au médecin consultant par la législation belge, et penche pour que l'appel à un tel médecin soit organisé par une instance indépendante du patient et du médecin.

Le Conseil d'Etat souligne qu'une autre différence de taille existe entre la loi belge et la proposition de loi luxembourgeoise. La loi belge distingue entre patients dont le médecin traitant estime que le décès aura lieu à brève échéance et ceux chez qui le décès ne semble pas être imminent. La proposition de loi impose au médecin de spécifier dans la déclaration s'il estime que le décès serait intervenu à brève échéance, sans que ce critère entre en compte dans la procédure à suivre lors d'une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide.

Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, par contre, la loi belge prévoit en outre qu'il doit:

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

Les auteurs de la proposition de loi ont omis ces précautions.

EXAMEN DES AMENDEMENTS A LA PROPOSITION DE LOI

Lors de l'examen des amendements à la proposition de loi, le Conseil d'Etat entend se référer à la numérotation des articles telle que résultant de la version coordonnée, adaptée par la Commission de la santé et de la sécurité sociale de la Chambre des députés.

Intitulé

Amendement minoritaire 1 et amendement 1

Ces deux amendements proposent de modifier l'intitulé de la proposition de loi. Le Conseil d'Etat constate qu'il est en présence de deux versions d'intitulé qui permettront à leurs auteurs d'imprégner l'énoncé de l'objet de la proposition de loi de leurs propres appréciations subjectives.

L'amendement 1 reprend la notion de „droit de mourir en dignité“. Pour le Conseil d'Etat, cette notion ne rend pas adéquatement compte du dispositif de la proposition de loi qui porte avant tout sur la dépénalisation d'une personne pratiquant sous certaines conditions une euthanasie ou aidant au suicide, mais qui n'instaure pas un droit positif à mourir. Le Conseil d'Etat ne revient pas dans ce contexte sur les observations concernant la relativité du terme de dignité qu'il a développées dans son avis du 13 juillet 2007.

Les auteurs de l'amendement minoritaire 1 introduisent la notion d'„aide à mourir“. Dans le commentaire de l'amendement minoritaire 2, ils font valoir des raisons étymologiques pour éviter l'utilisation du terme „euthanasie“, incommodes par le préfixe grec „eu“ qui serait trop tendancieux. Ils ont une préférence pour le terme „aide à mourir“, par analogie au terme allemand „Sterbehilfe“. Si les auteurs de cet amendement reprochent au terme „euthanasie“ une connotation faussement positive, d'aucuns lui trouveraient plutôt une connotation négative, tout comme au terme „eugénisme“, eu égard à leur utilisation dans un passé encore récent.

Le Conseil d'Etat recommande de se limiter dans le libellé de l'intitulé à l'objet de la proposition de loi et propose le texte suivant: „*Proposition de loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*“.

Article 1er

Amendement 2

A travers cet amendement, les auteurs précisent que la seule personne pouvant pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide est un médecin. Ils excluent en conséquence toute participation d'un tiers à ces actes, accentuant ainsi l'antagonisme entre une euthanasie effectuée par un médecin répondant seul de ses actes et la prise en charge palliative qui est par définition pluridisciplinaire. Il s'ensuit que la dépénalisation de l'euthanasie et de l'assistance au suicide se limite au médecin, qui ne se fera aucunement assister, ni dans la préparation ni dans l'exécution de l'acte d'euthanasie. Il en est de même pour l'assistance au suicide et ses différentes étapes que sont la prescription par ordonnance de la médication à visée létale, la fourniture des médicaments et leur délivrance par une officine.

Le Conseil d'Etat rappelle que si l'évaluation des conditions médicales requises pour dépénaliser l'acte d'euthanasie ou l'assistance au suicide ne peut être faite que par un médecin, l'analyse d'une demande quant à son caractère explicite et volontaire ne requiert pas forcément des compétences médicales. De même, l'administration d'un „cocktail létal“, que ce soit par voie orale ou parentérale, ne demande pas à son exécutant des études médicales poussées.

Cette approche, qui réserve de la sorte l'acte d'euthanasie à une communauté médicale qui le rejette vigoureusement, comme en témoignent les prises de position du Collège médical, organe représentatif des médecins au Luxembourg, à l'instar de celles d'innombrables organisations de médecins à travers le monde, revient à mettre en cause les grands principes déontologiques de cette profession.

Aussi le Conseil d'Etat ne partage-t-il pas la volonté des auteurs de cet amendement d'exclure de la dépénalisation de l'euthanasie et de l'assistance au suicide toute personne qui ne peut pas se prévaloir du droit d'exercice de la médecine au Luxembourg. Il se rend toutefois compte que la dépénalisation d'une personne n'ayant pas la qualité de médecin comporterait une révision des textes qui pour le moment visent uniquement le médecin.

Cet amendement comporte en outre la précision que la demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide devra être expresse et volontaire. Le Conseil d'Etat estime que cet ajout est surabondant eu égard au libellé de l'article 2.

Amendement minoritaire 2

En ce qui concerne le remplacement du terme „euthanasie“ par le terme „aide à mourir“, le Conseil d’Etat renvoie à ses observations faites à l’endroit de l’intitulé.

Les auteurs de cet amendement proposent d’englober euthanasie et assistance au suicide sous le terme „aide à mourir“. Comme ces deux pratiques ont des dimensions éthiques différentes, étant donné que l’assistance au suicide est réservée au patient lucide et conscient, le Conseil d’Etat préfère que ces deux pratiques soient traitées séparément.

Les auteurs veulent spécifier que la demande correspond à un choix éclairé. Cette condition présuppose que la personne concernée soit en mesure de choisir, le moment venu, en connaissance de cause entre différentes alternatives. Or, dans le cas d’une demande formulée par anticipation dans une disposition de fin de vie qui ne devient effective que dans la situation d’une personne qui n’est plus en mesure de communiquer, la possibilité d’émettre un choix éclairé, comme le prévoit cet amendement, n’est pas donnée.

Article 2

Amendement 3a

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

Le texte de l’amendement 3a, qui s’inspire en partie de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l’euthanasie, est libellé comme suit: „Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide ne commet ni faute ni infraction s’il s’est assuré que les conditions de fond suivantes sont respectées: ...“.

S’agissant de la dépénalisation de l’euthanasie et de l’assistance au suicide, le Conseil d’Etat relève que le commentaire de l’amendement ne cadre pas avec le texte de l’article 2 amendé, celui-ci précisant aussi *in fine*: „et qu’il (le médecin) respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi“.

L’amendement 3a est à mettre en relation avec l’amendement 16 (article 14 nouveau, 13 selon le Conseil d’Etat) qui vise à compléter l’article 397 du Code pénal. Un nouvel alinéa 2 y serait ajouté qui aurait la teneur suivante:

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

La coexistence de ces deux amendements fait naître un doute quant aux infractions que les auteurs entendent viser en réalité. Les auteurs semblent s’être inspirés, pour l’amendement 3a, des dispositions générales du Code pénal contenues dans le Livre 1er (Chapitre VIII „*Des causes de justification, d’irresponsabilité ou d’atténuation de la responsabilité et d’excuse*“), plus précisément de l’article 70 de ce code, qui dispose de manière générale qu’„il n’y a pas d’infraction, lorsque ...“, sans viser une infraction déterminée. Pour l’amendement 16 par contre, les auteurs se sont inspirés de l’article 416 du Code pénal, (au regard du libellé similaire de l’amendement 16 et de l’article 416: „il n’y a ni crime, ni délit ...“), limitant alors la dépénalisation aux seules infractions d’homicide. Les deux textes sont-ils redondants l’un par rapport à l’autre, du moins pour ce qui est de la dépénalisation, ou bien les deux textes ont-ils vocation à s’appliquer indépendamment l’un de l’autre, et avec des champs d’application distincts?

Les conditions d’application des deux textes ne sont pas les mêmes, du moins si on devait suivre l’interprétation des auteurs pour ce qui est de l’amendement 3a: l’amendement 3a subordonne son application à la condition que le médecin se soit assuré que certaines conditions de fond (énumérées par la suite du texte) sont respectées. L’amendement 16, par contre, subordonne la cause de justification à la preuve que le fait a été commis par un médecin dans les conditions et *selon les procédures* prévues par la loi. D’après le texte proposé à l’endroit du nouvel article 14 (13 selon le Conseil d’Etat), le non-respect des conditions de procédure ne relève donc à l’évidence pas d’une appréciation exclusive de l’autorité compétente en matière disciplinaire, tel que le commentaire de l’amendement 3a le laisse entendre, mais bien de l’appréciation s’il y a ou non infraction pénale.

Finalement, les textes font naître une autre incertitude: l'amendement 16 subordonne l'exception instituée dans tous les cas au contrôle du juge. C'est du moins la lecture que le Conseil d'Etat fait de ce texte. Faudra-t-il donc toujours une mise en mouvement de l'action publique, seul un juge (juge d'instruction décidant un non-lieu à informer, juridiction d'instruction décidant un non-lieu à suivre ou juridiction de jugement décidant l'acquittement) pouvant contrôler si les conditions d'application de l'exception sont données? En d'autres mots, le procureur d'Etat, saisi d'une plainte, serait-il légalement dans l'obligation de mettre l'action publique en mouvement dans les hypothèses visées par le texte (contrairement au principe général de l'opportunité des poursuites, lui permettant notamment de classer une plainte sans suites, s'il estime, par exemple, que les faits dénoncés ne constituent pas une infraction)? Le texte de l'amendement 3a étant à ce sujet muet, rien ne devrait empêcher le procureur d'Etat de ne pas donner suite à une plainte.

Le Conseil d'Etat ne saurait marquer son accord aux dispositions sous examen. Il s'agit d'enlever au comportement incriminé son caractère illicite, de sorte qu'il n'y aura plus, en l'espèce, d'infraction. Si la Constitution impose au législateur de spécifier le comportement à incriminer avec un degré de précision suffisante, elle lui impose également de spécifier de la même manière les causes de justification, lesquelles constituent toujours une exception par rapport au texte d'incrimination, et doivent donc être exemptes d'incertitudes ou d'incohérences. Le Conseil d'Etat doit partant s'opposer formellement aux deux textes actuellement en présence, en ce qu'ils entendent établir, à des degrés divers et non clairement circonscrits, une ou des causes de justification.

L'inclusion de la notion de faute par l'amendement 3a n'est pas non plus sans poser problème: en partant de l'identité de la faute pénale et de la faute civile, il ne devrait en principe pas y avoir de problème, si la responsabilité civile du médecin est recherchée au regard d'un fait auquel, de par l'effet de la loi, le caractère de comportement illicite a été enlevé. Si les auteurs des amendements insistent néanmoins sur l'inclusion de la faute dans le texte de l'amendement 3a, la question se pose s'ils ont entendu viser tout comportement du médecin, à quelque stade du processus menant à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide, même un comportement qui, pris isolément, ne constituerait pas une infraction pénale. Il y aurait alors une irresponsabilité civile absolue, qui risquerait d'être en contradiction avec l'article 13 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, en combinaison avec l'article 6 de cette même convention. Cette contradiction risque d'être encore plus patente, si, comme les auteurs l'affirment dans leur commentaire, l'action disciplinaire reste possible contre le médecin. Le Conseil d'Etat doit en conséquence s'opposer formellement à la disposition sous examen.

Amendement 3b

Par cet amendement, les auteurs remplacent la notion de „situation médicale sans issue“ dans laquelle se trouve un patient par celle d'une „affection grave et incurable“. Cet amendement introduit par conséquent un élargissement significatif des indications contribuant à remplir les conditions requises pour une dépénalisation du médecin après un acte d'euthanasie. En effet, le caractère sans issue d'une situation médicale, conséquence d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable, fait supposer que cette situation médicale ne peut plus être changée efficacement par les moyens thérapeutiques disponibles. Aucun traitement ne peut plus influencer (éviter ou ralentir) l'évolution naturelle, plus ou moins rapide, de la maladie vers la mort. Le pronostic vital est donc engagé.

Pour le Conseil d'Etat, l'état d'une situation médicale sans issue correspond ainsi à celui d'une maladie grave, en phase avancée ou terminale, ouvrant le droit aux soins palliatifs qui n'ont pas d'effet sur la durée de la maladie et de la vie, mais sur la qualité de la survie. Il s'agit donc pour le Conseil d'Etat de situations comparables, ce qui a motivé son choix d'examiner simultanément le projet de loi sur les soins palliatifs et la proposition de loi sur l'euthanasie.

Or, cet état inéluctablement avancé n'est pas forcément atteint en présence d'une „affection grave et incurable“, qui peut néanmoins être à l'origine d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable, alors que des options thérapeutiques persistent. C'est le cas pour de nombreuses maladies chroniques dont les conséquences peuvent être vécues comme inacceptables par certains malades à certains moments, comme par exemple:

- le diabète sucré, incurable, avec l'obligation *ad vitam* d'injections sous-cutanées, le risque inhérent de complications invalidantes à long terme et le risque de coma métabolique en cas de refus de traitement;
- l'insuffisance rénale terminale, incurable, avec l'obligation de dialyses itératives *ad vitam* et le risque de mort en urémie en cas de refus de traitement;

- la broncho-pneumopathie chronique obstructive, la mucoviscidose, maladies incurables, avec l'obligation d'un traitement inhalatoire quotidien *ad vitam* et le risque de détresse respiratoire aigue en cas de refus de traitement;
- le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), avec un traitement lourd et quotidien aux effets secondaires fréquents.

Toutes ces affections, graves et incurables, sans perspective d'amélioration, pourraient être à l'origine d'une souffrance insupportable, n'offrant aux yeux du patient aucune autre solution acceptable que l'euthanasie.

La comparaison des conditions concernant l'état de la personne concernée et sa perception, telles qu'énoncées dans la loi belge et telles que citées dans la proposition de loi sous avis, met bien en évidence l'envergure de l'extension des indications préconisées par les auteurs de cet amendement.

En Belgique, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie prévoit que le médecin s'est assuré que le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Le médecin doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et s'assurer que la demande du patient est entièrement volontaire.

Le texte sous examen prévoit que le médecin s'est assuré que le patient est atteint d'une affection grave et incurable, d'origine accidentelle ou pathologique, et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration. Il doit arriver à la conviction que la demande du patient est volontaire et qu'aux yeux du patient il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation. Le rôle du médecin se limite à constater et à exécuter les convictions et la volonté du patient.

Le Conseil d'Etat s'est interrogé dans ses avis précédents sur le champ d'application des dispositions de la dépénalisation de l'euthanasie respectant le critère obligatoire d'une situation médicale sans issue, lorsqu'une prise en charge palliative est correctement mise en place, et comprenant la possibilité d'une sédation palliative. Avec le libellé de cet amendement, les auteurs se départent de ce critère exigé d'une affection avancée ou terminale par les dispositions de la loi belge et élargissent ainsi le champ d'application de la dépénalisation.

Le Conseil d'Etat s'inquiète que, contrairement aux auteurs belges, l'intention des auteurs de la proposition de loi de dépénaliser la pratique de l'euthanasie également dans le cas de patients mineurs entre 16 à 18 ans, qui ne seront que très rarement affectés de cancers incurables au stade terminal, mais plutôt de maladies chroniques incurables vécues comme graves, revête une portée particulière.

Par ailleurs, l'analyse de la loi française dite „Leonetti“ relative aux droits des malades et à la fin de vie dans le rapport de la Commission de la santé et de la sécurité sociale décrit bien cette différence des champs d'application qu'on retrouve également entre le texte sous avis et ladite loi „Leonetti“ qui „... ne permet pas de couvrir les cas de patients qui désirent mourir en raison de leur santé défaillante et sans espoir d'amélioration et qui ne sont pas pour autant au stade terminal“.

Amendement minoritaire 4

Cet amendement, contrairement à l'amendement précédent, restreint le champ d'application par rapport au texte initial, et le limite aux cas où le traitement curatif et surtout palliatif s'avérerait inefficace, tout en rappelant le droit du patient, hospitalisé, de refuser toute forme de traitement. Selon le Conseil d'Etat, l'applicabilité de cette disposition soulève également des questions. En effet, le Conseil d'Etat n'a pas connaissance de données scientifiques chiffrant la fréquence de traitements palliatifs inefficaces malgré le recours aux sédations palliatives. Il s'interroge sur la portée exacte que les auteurs de cet amendement veulent donner aux conséquences d'un refus de traitement en fin de vie. Est-ce que le refus d'un traitement efficace, et donc non assimilable à un acharnement thérapeutique, induit selon les auteurs un droit à mourir?

Amendement 3c

Cet amendement, qui prévoit la condition d'une demande consignée par écrit, est superfétatoire eu égard aux dispositions de l'article 2, paragraphe 2. Par ailleurs, il n'y a pas lieu d'introduire dans cet article les dispositions de fin de vie qui entrent en compte à l'endroit du paragraphe 3 de l'article 4.

Amendement 3d

Sans observation.

Amendement 3e

Cet amendement prévoit de consigner au dossier médical le ou les entretiens destinés à informer le patient. Le Conseil d'Etat s'interroge pourquoi la consignation par écrit dans le dossier médical concerne seulement l'entretien sur l'information et ne retient pas les entretiens menés avec le patient à plusieurs reprises, espacés d'un délai raisonnable, afin de s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée.

Amendements 3f et 3g

Le Conseil d'Etat renvoie à son observation faite à l'endroit de l'amendement 3c. L'article 2 traite exclusivement d'un patient conscient et lucide ayant formulé en présence du médecin sa demande d'euthanasie. Il n'y a donc pas lieu de s'y référer aux dispositions de fin de vie.

Amendement 3h

Par cet amendement, les auteurs admettent dans le cercle des rédacteurs potentiels les héritiers légaux et légataires universels que le patient aura l'intention de désigner dans son testament et qui en étaient exclus dans le texte initial. Il est vrai que le maintien de cette restriction aurait singulièrement affecté le choix de la personne concernée.

Amendement 3i

Sans observation.

Amendement minoritaire 3

Cet amendement reproduit, sous réserve de l'adaptation de la terminologie, la phrase introductive de l'article 3 de la loi belge du 28 mai 2002.

En ce qui concerne le remplacement du terme „euthanasie“ par le terme „aide à mourir“, le Conseil d'Etat renvoie à ses observations faites à l'endroit de l'intitulé.

Amendement minoritaire 5

Cet amendement élargit à quatre le nombre de médecins concernés lors de la prise en compte d'une demande d'euthanasie. Les auteurs de cet amendement ne précisent pas dans quelle mesure ces autres médecins doivent être indépendants face à la personne concernée et au médecin traitant. Les auteurs de l'amendement prévoient que ce collège de praticiens informe collectivement le patient de son état de santé, et mène collectivement avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable, pour s'assurer de la persistance de la souffrance et de sa volonté inchangée, exprimée à plusieurs reprises. Si le Conseil d'Etat trouve *a priori* louable la démarche des auteurs consistant à renforcer le contrôle *ex ante* des conditions requises à une dépénalisation d'un acte d'euthanasie, la procédure choisie est excessivement lourde face à la personne souffrante en fin de vie, et donc inadaptée à la situation. Ce collège doit être constitué dans les huit jours suivant la demande d'aide à mourir et est appelé à consigner par écrit le résultat de ses constatations et entretiens dans un délai maximum de huit jours. Par conséquent, le délai raisonnable entre plusieurs entretiens servant à s'assurer de la persistance de la souffrance du patient et de sa volonté inchangée exprimée à plusieurs reprises ne doit pas dépasser huit jours. Les auteurs ne précisent ni si les conclusions de ce collège, qui devrait procéder à un „autocontrôle“ de la profession médicale, doivent être prises à l'unanimité, ni si le médecin traitant, convaincu que les conditions pour une euthanasie sont requises mais qui n'est pas suivi dans ses convictions par ses confrères du collège, a respecté les conditions de fond au sens de la loi s'il pratique néanmoins une euthanasie. Est-ce que ce médecin est à considérer comme refusant l'euthanasie au sens de l'article 15 de la proposition de loi au cas où il tient compte d'un avis négatif de ses confrères?

Le Conseil d'Etat s'étonne par ailleurs que les auteurs de cet amendement ne prévoient pas la convocation d'un collège de praticiens lorsqu'un médecin traitant se propose de pratiquer une euthanasie sur base de dispositions de fin de vie.

La demande d'aide à mourir peut être actée par écrit par une personne choisie par le patient, et n'ayant aucun intérêt financier au décès de ce patient. Cette disposition exclut donc *de facto* presque toute personne proche du patient et notamment son entourage familial.

Selon les auteurs de cet amendement, le médecin respecte la volonté du patient actée dans sa demande d'aide à mourir. Quelle est la portée de cette obligation? L'„aide à mourir“ devrait, selon les auteurs de cet amendement, être pratiquée „sous son contrôle“. Le Conseil d'Etat rappelle que la proposition de loi ne dépénalise que le médecin, qui ne saurait dès lors déléguer cet acte, en particulier au personnel soignant.

Article 3

Amendement 4

Cet amendement introduit un nouvel article „permettant“ au médecin de se faire accompagner, voire conseiller par un expert de son choix. La qualité de cet expert n'est pas définie, de sorte que ce choix ne se limite pas à un médecin. L'avis ou l'attestation de ce dernier sera versé(e) le cas échéant au dossier du patient.

Cette disposition a un caractère facultatif et n'a donc aucune valeur normative. Elle soulève cependant la question du respect du secret professionnel.

Compte tenu de ces observations, cet article est à supprimer.

Article 4 (3 selon le Conseil d'Etat)

Amendement 5

Cet amendement propose de remplacer l'article 3 actuel dans sa totalité.

Les auteurs de cet amendement maintiennent dans cet article la condition de l'incapacité de communiquer dans le chef de la personne concernée d'une demande d'euthanasie dans les dispositions de fin de vie, et ne semblent donc pas exiger la condition d'un coma irréversible. Ils ouvriraient ainsi la voie de l'euthanasie pour les personnes atteintes de démence et qui ne peuvent plus prendre de décision de façon autonome, pour autant qu'elles aient formulé une demande d'euthanasie dans une disposition de fin de vie. Tel est par exemple le cas dans la maladie d'Alzheimer, où la personne atteinte reste consciente mais n'est plus en mesure de communiquer.

Le Conseil d'Etat en renvoyant à ses observations d'ordre général, insiste sur cette différence notable avec le texte de la loi belge relative à l'euthanasie qui précise que la personne concernée doit être inconsciente.

Le paragraphe 3 de cet article par contre prévoit comme condition de la dépénalisation du médecin qui pratique l'euthanasie sur une demande formulée par la personne concernée un état d'inconscience irréversible. Aussi le Conseil d'Etat demande-t-il aux auteurs de lever cette incohérence et de cerner correctement le champ d'application des dispositions de fin de vie.

Le Conseil d'Etat doit constater en outre que cet amendement maintient les dispositions „quant aux circonstances précises dans lesquelles il [le patient] désire ou refuse de recevoir des soins, traitements et accompagnements“. Il rappelle qu'il avait rendu attentif à l'incompatibilité de ces dispositions, pour des raisons de sécurité juridique, avec les dispositions sur la directive anticipée inscrites dans le projet de loi *No 5584* sous rubrique. Le Conseil d'Etat exige, sous peine d'opposition formelle, de réserver les dispositions concernant un refus de traitement en fin de vie au projet de loi précité, relatif à une démarche palliative, et donc de supprimer le deuxième alinéa du paragraphe 1er de l'article 4 sous examen.

Les auteurs limitent à une seule le nombre de personnes de confiance, probablement afin d'éviter le risque de recueillir des opinions divergentes quant à la dernière volonté du déclarant. Ils ne suivent donc pas l'exemple belge où le déclarant peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, et où chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Selon la loi belge, le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

Les auteurs prévoient que les dispositions de fin de vie peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. Tout médecin traitant un patient en fin de vie ou atteint d'une affection incurable – le texte de l'amendement ne précise pas si ce patient doit être inconscient ou dans l'incapacité de communiquer – est tenu de s'informer auprès de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées. Ces dispositions présupposent une accessibilité adéquate au „système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de

vie“. Le Conseil d’Etat est d’avis qu’une dotation de personnel au titre de deux équivalents plein temps est à la fois démesurée pour traiter le faible volume attendu (seulement 3% des euthanasies pratiquées en Belgique en 2006 et 2007, soit 13 cas par an en moyenne, le furent sur base d’une déclaration anticipée) et insuffisante pour assurer une continuité de service correcte. Aussi le Conseil d’Etat recommande-t-il d’assurer le cadre administratif requis par une entité administrative existante.

Le texte prévoit que la Commission nationale de contrôle et d’évaluation est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d’enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant. Le Conseil d’Etat se demande s’il s’agit d’une obligation de moyens ou d’une obligation de résultat. Qu’advient-il des dispositions de fin de vie qui ne sont ni infirmées ni confirmées, pour raisons diverses, après cinq ans?

Amendement minoritaire 6

Cet amendement propose également une nouvelle version pour l’article 3 (selon le Conseil d’Etat).

Tout comme l’amendement 5, cet amendement maintient des dispositions énonçant „les circonstances dans lesquelles leur auteur désire ou refuse de recevoir des soins, sa volonté concernant l’étendue, la limitation et l’arrêt du traitement“. Le Conseil d’Etat renvoie à ses observations à l’endroit de l’amendement 5 concernant l’incompatibilité avec le projet de loi *No 5584* précité. Il demande, sous peine d’opposition formelle, de réserver les dispositions sur les modalités du traitement en fin de vie au projet de loi précité, et donc de supprimer toutes les dispositions y relatives dans la proposition de loi sous avis.

Le Conseil d’Etat s’oppose par ailleurs au deuxième alinéa qui renforce le risque de confusion entre les déclarations anticipées des deux textes en suggérant des dispositions relatives à un acte d’euthanasie et d’assistance au suicide dans la directive anticipée au sens de la loi relative aux soins palliatifs.

Article 5 (4 selon le Conseil d’Etat)

Amendement 6

Sans observation.

Amendement minoritaire 7

En ce qui concerne le remplacement du terme „euthanasie“ par le terme „aide à mourir“, le Conseil d’Etat renvoie à ses observations faites à l’endroit de l’intitulé.

Article 6 (5 selon le Conseil d’Etat)

Amendement 7 et amendement minoritaire 8

Ces amendements visent à modifier la composition de la Commission nationale de contrôle et d’évaluation.

Les qualifications des docteurs en médecine sont précisées. L’amendement 7 exige qu’un des trois médecins proposés par le Collège médical ait une expérience spécifique au traitement de la douleur. Les médecins compétents en médecine palliative n’y sont pas spécifiquement visés, étant donné que l’euthanasie ne devra pas se limiter aux seuls patients arrivés au stade palliatif.

L’amendement minoritaire 8 prévoit des propositions pour la nomination de médecins issus de trois organismes aussi divers que le Collège médical, l’Université du Luxembourg et une association sans but lucratif donnée, à savoir l’Association des médecins et médecins-dentistes. Le Conseil d’Etat recommande de limiter le droit de proposition au seul Collège médical, organe démocratiquement élu par les médecins exerçant au Luxembourg.

En ce qui concerne les trois membres qui ne doivent être ni médecins ni juristes, les auteurs des deux amendements prévoient un droit de proposition pour la Commission consultative des droits de l’Homme et le Conseil supérieur de certaines professions de santé. Le droit de proposition pour le troisième membre de cette catégorie est réservé selon l’amendement 7 à une organisation ayant comme objet la défense des droits du patient, selon l’amendement minoritaire 8 à la Commission nationale d’éthique.

Le Conseil d’Etat se demande dans quelle mesure la participation au choix de candidats pour une commission d’évaluation et de consultation correspond à l’objet d’organes consultatifs comme la Commission nationale d’éthique et la Commission consultative des droits de l’Homme.

Par ailleurs, il s'interroge sur les raisons d'une incompatibilité de la qualité de membre de la Commission avec le mandat de député ou la qualité de membre du Conseil d'Etat telle que prévue par l'amendement 7.

Article 7 (6 selon le Conseil d'Etat)

Amendement 8

Cet amendement, qui se rapporte au texte coordonné, n'est pas présenté dans les formes exigées.

Amendements 9 et 10

Cet article a trait au deuxième volet du document de déclaration officielle et prévoit d'y introduire l'âge du patient décédé, en remplacement de la date et du lieu de naissance.

Les auteurs proposent donc une approche plus restrictive que celle adoptée par le législateur belge qui y a prévu l'indication du sexe, des date et lieu de naissance du patient, des date, lieu et heure du décès. De même, l'information si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance a été supprimée par l'amendement 10.

Amendement 11

Sans observation.

Amendements minoritaires 9 et 10

Ces amendements sont en relation avec l'introduction d'un collège de médecins à l'endroit de l'article 2 et le Conseil d'Etat renvoie à ses observations formulées à l'endroit du prédit article 2.

Article 8 (7 selon le Conseil d'Etat)

Amendement 12 et amendement minoritaire 11

Ces amendements ont trait au remplacement du terme „euthanasie“ par le terme „aide à mourir“; au Conseil d'Etat de renvoyer à ses observations faites à l'endroit de l'intitulé.

Article 10 (9 selon le Conseil d'Etat)

Amendement 13

L'amendement qui prévoit que le cadre administratif ainsi que les effectifs du personnel administratif à la disposition de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation sont inscrits dans la loi budgétaire ne répond pas, de l'avis du Conseil d'Etat, aux exigences de l'article 35, alinéa 2 de la Constitution. En raison du principe de l'annualité, la loi budgétaire ne saurait établir un cadre administratif permanent. Aussi le Conseil d'Etat s'oppose-t-il formellement au libellé proposé.

Le personnel administratif adjoint à la Commission nationale de contrôle et d'évaluation a pour missions:

- d'assurer l'appui nécessaire aux travaux de la Commission;
- de procéder à l'enregistrement des dispositions de fin de vie;
- d'assurer l'information des médecins sur l'enregistrement de dispositions de fin de vie, étant entendu que ce service doit être accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

La rationalité administrative s'oppose à prévoir un cadre particulier pour un volume de travail limité. Par contre, il faut disposer d'un pool de personnel suffisant pour organiser un accès permanent. Aussi le Conseil d'Etat propose-t-il de reformuler l'article sous revue comme suit:

„**Art. 9.** Pour l'accomplissement de sa mission, la Commission peut recourir au personnel administratif mis à sa disposition par l'administration gouvernementale.“

Article 11 (10 selon le Conseil d'Etat)

Amendement 14

Le Conseil d'Etat rappelle ses observations à l'endroit des amendements 5 et 13.

Par ailleurs, il estime que l'engagement de personnel, par dépassement des effectifs budgétaires, prévu à l'alinéa 1er de l'article sous revue ne saurait faire partie du corps de texte, mais devra faire l'objet d'une disposition transitoire, libellée comme suit:

„Chapitre VIII – Dispositions transitoires

Art. 15. Le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut procéder, par dépassement des nombres limites fixés dans la loi budgétaire, à l’engagement de deux agents pour les besoins de l’application de la présente loi.“

Comme les frais de fonctionnement de la Commission nationale de contrôle et d’évaluation constituent une charge permanente pour le budget de l’Etat, il y a lieu de libeller l’article sous revue comme suit:

„**Art. 10.** Les frais de fonctionnement de la Commission nationale de contrôle et d’évaluation sont à charge du budget de l’Etat.“

Article 14 (du projet initial)

Amendement 15

Sans observation.

Article 14 (13 selon le Conseil d’Etat)

Amendement 16

Le Conseil d’Etat renvoie à ses observations à l’endroit de l’amendement 3a, et réitère son opposition formelle à la présence de deux textes laissant l’étendue de la dépenalisation incertaine et se différenciant de par leurs conditions d’application.

Article 15 (14 selon le Conseil d’Etat)

Sans observation.

Article 16 (15 selon le Conseil d’Etat)

Amendement 17

Sans observation.

Quant à l’article 15 de la proposition de loi, le Conseil d’Etat estime qu’il n’y a pas lieu de le faire figurer sous un chapitre à part dénommé „*Dispositions particulières*“, mais plutôt à la suite des dispositions figurant au Chapitre Ier qui traite des conditions selon lesquelles une euthanasie peut être pratiquée.

*

**EXAMEN DES AMENDEMENTS
AU PROJET DE LOI**

Amendement 1

Cet amendement précise que la directive anticipée et ses amendements doivent être datés et signés par son auteur et n’appelle pas d’observation du Conseil d’Etat.

Amendement 2

Cet amendement, qui remplace les expressions „*manifeste sa volonté*“ et „*exprimer ses souhaits*“ par „*exprimer sa volonté*“, trouve l’accord du Conseil d’Etat.

Amendements 3 et 4

Ces amendements adaptent la numérotation du congé d’accompagnement suite à l’introduction de nouveaux congés et n’appellent pas d’observation.

Amendement 5

Cet amendement adopte un seul et même libellé pour différentes dispositions traitant du congé d’accompagnement. Le terme de „*personnes*“ qui se partagent l’accompagnement y sera retenu, remplaçant le terme „*membres de la famille*“. Le Conseil d’Etat approuve cet amendement.

Amendement 6

Le Conseil d'Etat donne dès à présent son accord à une révision des délais d'entrée en vigueur du projet de loi éventuellement nécessaire en fonction des aléas de la procédure législative.

*

OBSERVATION COMPLEMENTAIRE

A l'article 9 du projet de loi, il y a lieu de supprimer le paragraphe 4 de l'article L. 234-70 du Code du travail en raison de la nouvelle teneur des articles L. 124-6 du Code du travail et 54 du Code des assurances sociales, suite à la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 7 octobre 2008.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Alain MEYER

