

# ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE –LETZEBURG (ADMD-L)

Re : **Amendements proposés par le Groupe parlementaire CSV  
à la Proposition de loi 4009 sur le droit de mourir en dignité. (1)**

## Analyse juridique

### Les principes.

Les modifications proposées, correctement et positivement interprétées, laissent inchangés les principes fondamentaux et l'économie générale de la proposition qui sont acceptés. Ceci concerne en particulier l'option ouverte au patient dont la situation médicale est sans issue et dont la souffrance est insurmontable et durable de se décider, après refus et élimination de toutes les autres options, pour la cessation directe de sa vie. Le rôle central du médecin qui pratique l'assistance active est maintenu en ce qui concerne la vérification des conditions de fond à réunir dans le chef du patient et de procédure à observer, y compris son rôle devant la Commission de Contrôle dont la fonction et le système de fonctionnement sont maintenus intouchés. Sur certains points les amendements clarifient la loi et la mettent à l'abri de certaines critiques.

Un pas important vers l'acceptation de la position défendue par ADMD-L dès sa création a été accompli.

Il reste à vérifier si les amendements proposés sont de nature à compliquer, voire à rendre inapplicable la loi.

Compte tenu de l'ambiguïté du texte de certains amendements demandés et des écarts considérables pouvant exister entre le texte des modifications demandées et l'exposé des motifs il existe souvent un besoin de clarification.

L'évaluation des amendements demandés par la CSV part de la prémisse que ceux-ci expriment un souci de clarification et de garantie sur le point que l'assistance active sera l'option ultime dans le déroulement des possibilités ouvertes au patient par le médecin. ADMD-L a toujours défendu le principe, position – qu'elle ne saurait abandonner – qu'il appartient au patient de qualifier sa souffrance et de juger lui-même l'acceptabilité des soins proposés. Cette liberté de choix est intangible. Elle a pour contrepartie et comme contrepois le droit, et l'obligation, du médecin d'exercer un contrôle externe sur les demandes du patient. La fonction de contrôle du médecin n'a pas de limites dans la mesure où le droit – et l'obligation – de refuser l'aide s'il estime que, rien qu'au niveau de la souffrance, les déclarations du patient sont fausses. Les droits et la responsabilité du médecin traitant face aux affirmations du patient sont d'autant plus forts que le médecin n'est obligé dans aucune situation de justifier le refus de sa coopération à l'acte de cessation de vie.

---

(1) Les propositions d'amendement se réfèrent au texte et au numérotage de la loi votée en première instance. Il en est de même pour les articles cités dans le présent commentaire, étant rappelé que ce texte a été dépassé parfois par des propositions d'amendements introduits ultérieurement par la Commission des Affaires sociales de la Chambre.

Le mot final en toute circonstance revient au médecin sous réserve de l'obligation de celui-ci de chercher un confrère disposé à prendre la relève. Telle est la lettre et le sens d'une disposition fondamentale de la loi votée en première instance et que la CSV a fait sienne dans son texte (Art.2, al.2, 1<sup>er</sup> tiret) : « Il (le médecin) doit arriver à la conviction ..... qu'aux yeux du patient il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation.»

### De l' « exception d'euthanasie »

L'exposé des motifs de la CSV reprend l'expression « exception d'euthanasie » pour justifier certains de ses amendements.

La discussion du projet et de la proposition de loi a permis de faire apparaître progressivement, s'agissant de la situation du « mourant », que la sédation terminale est traitée conventionnellement, aussi dans l'exposé des motifs par la CSV, comme faisant partie des soins palliatifs. La différence entre l'acte de sédation terminale et l'acte d'euthanasie qui tous deux ont pour objet la cessation de la souffrance par le fin de la vie, est que dans le premier cas l'effet de l'acte peut exiger un temps plus ou moins long, et que dans l'autre l'effet est instantané. Au niveau des principes une hiérarchie de valeur entre les deux actes pose déjà problème au regard du respect du principe de l'égalité de traitement du citoyen devant la loi garanti par l'article 11 de la Constitution. L'apparition progressive de la pratique de la sédation terminale, puis son rangement sous la médecine palliative, relèvent du développement historique qu'il serait déraisonnable de perturber frontalement. Cela ne change juridiquement rien au fait que légalement l'acte combiné de sédation terminale est un assassinat (tout comme l'euthanasie). Cela étant acquis, il est totalement inacceptable pour ADMD-L d'alourdir encore davantage les conditions de fond et de procédure de l'euthanasie et de l'assistance au suicide en raison du prétendu caractère « d'exception » de ces actes.

Les amendements de la CSV sont à évaluer au regard de ces principes.

### Analyse des amendements

#### **Amendement 1**

L'intitulé de la proposition est modifié en « Proposition sur l'aide à mourir »

ADMD-L n'attache pas de valeur intrinsèque à l'intitulé d'une loi pour autant que la substance de l'acte en soit en ordre et que l'intitulé ne conduise pas à une erreur.

On ne peut écarter d'office le souci d'éviter l'impression que le titre choisi pour une option pourrait donner à penser qu'il monopolise pour cette option des valeurs – la dignité et la bonne mort – alors que cette qualification ne peut être refusée à l'option pour les soins palliatifs à laquelle ADMD-L la première attache une valeur primordiale. . La question est de savoir si par un raisonnement a contrario l'intitulé retenu est susceptible de porter ombrage à l'option en faveur des soins palliatifs, ce qui serait contraire aux objectifs de notre association.

ADMD-L n'a jamais prétendu que le choix de l'euthanasie ou de l'assistance au suicide est la seule manière de choisir une mort jugée digne. ADMD-L dont le nom sert de titre à la proposition veut dire uniquement que la loi ne doit pas rendre impossible le choix d'une des manières de mourir dignement.

Le changement demandé par la CSV est un choix politique entre le risque d'une mauvaise lecture, par un raisonnement a contrario hâtif et tordu, d'une monopolisation des valeurs en faveur d'une

option et au détriment d'une autre, et le souci de recourir, en ce qui concerne l'euthanasie et l'assistance au suicide, à des termes techniques consacrés.

Le terme « euthanasie » a été utilisé dans la loi en tant que terme technique consacré, et non pas en tant que terme à interpréter selon ses racines grecques. Faut-il renoncer à un terme technique défini internationalement, notamment dans les statistiques et les études, et dans les législations nationales (Cf. Code de déontologie médicale, article 40), au motif que les racines grecques du mot ont une portée très générale ? Rappelons que la loi belge du 28 mai 2002 s'appelle sobrement « Loi relative à l'euthanasie ». En soi ce terme est trop étroit en ce qu'il ne mentionne pas expressément l'assistance au suicide également couverte par la loi. L'intitulé plus large de la loi votée en première lecture est d'autant moins faux que celle-ci couvre aussi le domaine du refus de soins, domaine qui est couvert en Belgique dans la loi sur les droits du patient.

L'intitulé d'une loi ne peut induire en erreur. Tel est le cas pour l'intitulé retenu par la CSV. Cet intitulé implique en effet que la loi doit reconnaître que la sédation terminale n'est pas une « aide à mourir ». Ceci est intrinsèquement erroné et politiquement inacceptable du fait des conséquences qui pourraient être tirées de cette distinction.

L'intitulé retenu par la Commission de la Santé (Proposition de loi sur le droit de mourir en dignité par l'euthanasie ou l'assistance au suicide) échappe à la critique d'une monopolisation possible de la valeur que constitue la dignité. Un intitulé entièrement sobre s'inspirant du modèle belge et conforme à notre pratique législative serait le suivant : « Loi sur la fin de vie par l'euthanasie, l'assistance au suicide et la demande de cessation de traitements ».

## **Amendement 2**

L'amendement remplace les termes « euthanasie » et « assistance au suicide » par la notion générique « aide à mourir ».

L'amendement est à rejeter pour les motifs indiqués ci-dessus.

## **Amendement 4.**

A l'article 2, il est ajouté un cinquième tiret qui a la teneur suivante :

- cette souffrance ne peut être prise en charge de manière efficace 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.

Amendement à rejeter.

Alternatives suggérées :

- 1) à l'article 2, tiret premier (repris inchangé par le Groupe CSV) il est ajouté la phrase :  
« **Ceci comprend les traitements palliatifs effectivement proposés par le médecin traitant qui doivent être refusés expressément par le patient.** »
- 2) à l'article 6 il est le tiret suivant : « **Les traitements palliatifs effectivement proposés par le médecin traitant qui ont été refusés expressément par le patient.** »

## Commentaire

L'obligation pour le médecin de s'assurer que cette souffrance ne peut être prise en charge de manière efficace par le médecin que s'il s'est assuré que cette souffrance ne peut être prise en charge de manière efficace par les traitements palliatifs, est pléonastique si les règles de fond et de procédure de la loi votée en première instance sont respectées. Selon celle-ci, le médecin doit

s'assurer que « le patient fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration ». Il s'agit de « sa souffrance » qu'il ressent et qu'il qualifie. Le médecin, face à cette affirmation, n'est cependant pas une caisse d'enregistrement. Le patient n'a pas un droit de tirage sur la décision. Le médecin traitant exerce sur les déclarations de son patient un contrôle « externe ». Le médecin doit refuser de donner suite à la demande du patient faisant état d'une impossibilité totale de trouver le sommeil lorsqu'il a pu constater que le patient dort après deux tasses de fenouil. De par le texte de la loi votée en première instance, le médecin doit refuser de procéder à l'acte lorsque la déclaration du patient est manifestement fautive ou déraisonnable. Ceci inclut la réponse à une possibilité concrète et effective de la médecine palliative jugée efficace par le médecin. Cette interprétation est corroborée par l'article 2, tiret premier de la loi qui est repris inchangé par le Groupe CSV. « Il (le médecin) doit arriver à la conviction ..... qu'aux yeux du patient il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation. » Pour rappeler et souligner la place et la valeur des possibilités de la médecine palliative – souci partagé par ADMD-L- , on pourrait ajouter la phrase : « **Ceci comprend les traitements palliatifs effectivement proposés par le médecins traitant qui doivent être refusés expressément par le patient.** » Le deuxième volet du questionnaire à remplir par le médecin traitant pourrait être complété en ce sens.

Lorsque le patient ne donne pas son consentement au traitement proposé – fût-il palliatif - on entre dans un autre monde, celui du droit du patient de refuser un traitement. Les traitements palliatifs en font partie. Le médecin a l'obligation d'évoquer avec (le patient) les possibilités offertes par les soins palliatifs et leurs conséquences. Il ne peut imposer des soins selon le texte-même déjà accepté par la CSV.

L'ajout de la CSV « sans préjudice des dispositions de l'article 40 de la loi du 28 août 21998 sur les établissements hospitaliers » signifie, en substance, « sans préjudice du droit du patient de refuser les soins ». Cet ajout conduit à une ambiguïté quasi freudienne. Si le patient refuse les « soins » (par exemple les traitements palliatifs), est-ce que le médecin serait de ce fait forcé pour donner l'euthanasie ou l'assistance au suicide si par ailleurs les conditions pour l'euthanasie sont réunies, ou est-ce que, en raison de ce refus, le médecin doit constater que la douleur ne peut être prise en charge efficacement et qu'il peut prêter son concours ? Dans la première interprétation on serait en présence d'un traitement forcé (Zwangsbehandlung). Cette interprétation doit être rejetée comme étant inacceptable et sans doute non intentionnée par la CSV. . Dans la seconde interprétation l'ajout perd toute portée du fait qu'il suffit au patient de refuser les traitements palliatifs pour priver la vérification obligatoire de l'applicabilité de traitements palliatifs toute justification. C'est évidemment la deuxième interprétation qui serait la seule envisageable. Ainsi le patient qui refuse la sédation terminale qui lui est offerte comme prise en charge efficace de la souffrance ne saurait de ce fait être privé de l'option en faveur de l'euthanasie ou de l'assistance au suicide. Concrètement le choix entre la sédation terminale supposée relever des soins palliatifs, et l'euthanasie, et qui toutes deux ont pour contenu la suppression de la souffrance par l'arrêt de la vie, relève du patient, et non d'une appréciation du médecin.

L'ajout « sans préjudice » tel qu'expliqué dans l'exposé des motifs de la CSV reconnaît le droit au patient de refuser les traitements. Le droit du patient de refuser un traitement inclut le droit au refus des traitements palliatifs dans la mesure où ceux-ci comportent une intervention sur le corps et une mise en dépendance médicale sur la personne. (Convention d'Oviedo). Le droit au refus d'un traitement selon la Convention d'Oviedo du Conseil de l'Europe – dont l'approbation par le Luxembourg est acceptée unanimement – est consacré par le Code de déontologie médicale (article 38) du 27 septembre 2005 qui a actualisé la loi de 1998 sur les établissements hospitaliers. Cette dernière ne mentionne que « toute intervention diagnostique ou thérapeutique », alors que le Code

de Déontologie vise les traitements tout court, donc soins palliatifs inclus. Si – ce que personne ne veut insinuer – le renvoi dans l'ajout à la loi de 1998 avait pour but d'en exclure par a contrario les soins palliatifs, la demande d'amendement reviendrait à introduire par la petite porte la « Zwangstherapie » au Luxembourg. La sédation terminale serait au Luxembourg la manière légalement correcte de mourir, l'euthanasie et l'assistance au suicide – fondamentalement actes de même contenu -, seraient soustraits au libre choix du patient. Ceci n'est pas acceptable.

Le texte de l'amendement l'introduit par la CSV mettrait à charge du médecin la preuve de nature négative de démontrer que la souffrance ne peut être prise en charge efficacement par la médecine palliative. Face aux affirmations de médecins qu'on a pu lire maintes fois (« Il n'y a pas de souffrance qui ne puisse être prise en charge », obligerait-on le médecin de répondre par une contre-affirmation aussi générale ? Par exemple par la citation du spécialiste reconnu des soins palliatifs qu' « au Luxembourg la médecine palliative est dans un stade embryonnaire » ou encore celle, maintes fois exprimée, qu'avant que les effets voulus par la loi palliative deviennent réalité il faudra des années d'efforts, voire un changement de notre système médical et un changement des mentalités ?

L'exposé des motifs de la CSV induit en erreur en soutenant que suite au vote de la loi palliative et en confirmation de la loi de 1998 le patient « a droit aux soins palliatifs ». Selon le texte-même de ces dispositions et en conformité avec l'interprétation qu'en donne le Conseil d'Etat ce droit n'existe que dans la mesure où ces droits sont effectivement ouverts.

Est-ce au médecin de juger de l'efficacité du traitement si le patient n'en accepte pas les conséquences en termes d'affaiblissement de la personnalité, de dépendance et d'aliénation ? Donner au médecin le droit de décider que pareilles souffrances sont le prix devant être payé par le patient pour assurer l'efficacité de la prise en charge de la douleur revient à ériger le médecin en maître des âmes. L'aliénation au médecin de la décision sur un aspect fondamental de la vie privée de la personne est une violation manifeste de l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDEH).

Certaines souffrances ne peuvent, de par leur nature, être prises en charge. Ainsi le patient se trouvant dans une situation médicale sans issue et qui fait état d'une souffrance psychique insoutenable résultant de son état de dépendance – par exemple ne plus pouvoir satisfaire seul à ses besoins naturels – devrait-il se voir refuser l'euthanasie au motif que l'industrie a développé des lits spéciaux et des couches considérés comme efficaces et acceptés par des milliers de personnes ? Le médecin qui a donné suite à la demande du patient devrait – il être exclu de l'impunité au motif qu'il n'a pas apporté la preuve que les lits et les couches en question n'ont pas permis une prise en charge efficace de la souffrance du patient ?

Le test supplémentaire demandé par la CSV ne peut, par hypothèse, pas concerner la phase qui précède celle du « mourant » à laquelle les traitements palliatifs visés par la loi palliative ne s'appliquent pas mais qui est couverte par la loi sur l'euthanasie et sur l'assistance au suicide.

La médecine « curative » mentionnée dans la loi de 1998 et à laquelle la CSV renvoie n'a plus sa place du fait que par hypothèse le patient est dans une situation médicale sans issue. Mentionner les possibilités offertes par la médecine curative pourrait faire naître l'idée que l'assistance active est dépénalisée déjà lorsque le patient se trouve encore au stade curatif de sa maladie ou de son infirmité. Il en résulterait une extension du champ d'application de la loi non intentionnée par ses auteurs.

Il convient de protéger le patient contre une affirmation abstraite sur les possibilités offertes par la médecine palliative. Les soins palliatifs afférents doivent être effectivement et concrètement offerts et le médecin traitant doit en donner la garantie. Seulement face à une option concrète et précise le patient peut faire son choix. C'est cette obligation spécifique d'information sur les soins palliatifs qui est déjà prévue dans la loi votée en première lecture. Il serait sans doute inapproprié d'alourdir le texte de la loi sur ce point. Mais rien n'empêche la Commission de Contrôle de **préciser dans le deuxième questionnaire à remplir par le médecin les possibilités de traitement effectivement offerts et les raisons évoquées par le patient pour les refuser.**

### **Amendement 5**

Le point 2 de l'article 2 est remplacé par le texte suivant :

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 soins 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 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 ses 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 un 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 pratiqué 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 an est le plus long possible au regard de l'état médical du patient.

La 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.

(Les amendements sont soulignés)

## Observations

Le Groupe parlementaire CSV supprime la consultation du deuxième médecin prévue par la loi votée en première lecture. Les vérifications à faire par le médecin sont maintenues pratiquement inchangées. L'exercice par le médecin de ses responsabilités serait encadré par un « collègue » de trois médecins supplémentaires, dont le mode de désignation, le fonctionnement et la prise de décision ni les effets de ses « conclusions » ne sont précisés. Ces médecins doivent faire les mêmes vérifications, selon la même procédure, que le médecin traitant.

L'ajout procédural est inacceptable rien que pour des raisons de praticabilité dans le cas du patient dont la mort est proche. Il est déraisonnable et cruel d'imposer au patient « mourant » - sur lequel le médecin peut pratiquer une sédation terminale sans contrôle aucun - la nécessité de passer dans toutes les phases par un collège de quatre médecins dont la mission n'est pas juridiquement établie, pour que son choix puisse être reconnu. La Commission fédérale de contrôle de Belgique, en énonçant des critères stricts à partir desquels les règles de fond et de procédure de l'euthanasie s'appliquent, pense avoir obtenu comme résultat que le nombre des sédations dites terminales n'a pas augmenté depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'euthanasie.

ADMD-L estime qu'il faut tenir compte aussi de l'expérience néerlandaise. Lorsque les procédures relatives à l'euthanasie sont ressenties comme trop lourdes par le corps médical, la pression pour camoufler sous la notion de sédation terminale les actes de fin de vie augmente. Il y a là un risque de dérive évident qu'il y a lieu d'éviter.

Par ailleurs, il n'est pas contesté que le médecin traitant peut consulter qui il veut. Cette consultation sera versée au dossier médical du patient et mentionnée dans la notification à faire à la Commission de contrôle.

ADMD-L reconnaît que dans le cas du patient dont le décès n'est pas prévisible à très court délai – et l'égard duquel la sédation terminale n'est pas admissible selon les médecins palliatifs qui y procèdent - la situation peut être autre en ce que le facteur temps et le facteur allègement de la procédure. C'est ce que fait la loi belge en prescrivant dans ce cas un délai de 30 jours au moins entre la demande et la suite donnée à la demande. Dans ce cas le concours d'un troisième médecin qui peut être requis à la demande du médecin traitant selon l'amendement de la Commission des Affaires sociales semble particulièrement justifié.

### Avant-dernier alinéa ajouté au point 2 de l'article 2

Le Groupe CSV demande l'ajout de la disposition suivante : « Le médecin traitant respecte cette volonté. L'acte d'aide à mourir pratiqué 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. »

Il semble préférable de prévoir un alinéa final dans lequel obligation est faite au médecin traitant de rappeler au patient encore conscient, avant de procéder à l'acte, du droit qu'il a de révoquer sa demande. En revanche, il semble inutile de préciser dans la loi le moment de l'acte, une fois les procédures préalables accomplies. Ceci est affaire de convenance personnelle entre le patient et le médecin qui procède à l'acte. Des expériences faites en Suisse font apparaître que le patient a tendance à reprendre goût à la vie, une fois la certitude obtenue qu'il peut y être mis fin « lorsque les choses ne vont vraiment plus »

En conséquence, il est suggéré un alinéa final libellé comme suit : « **Avant de procéder à l'acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide, le médecin rappelle au patient encore conscient le droit qu'il a de révoquer à tout moment sa demande.** »

### **Amendement 6**

La CSV remplace le Chapitre III par un nouveau texte. Il s'agit d'un effort d'analyse et de rédaction important qu'il convient d'examiner point par point. Les auteurs de l'amendement ont bien vu que le texte rédigé en 2002 et voté en première couvrait en deux mots la matière du refus des traitements qui est liée à celle des décisions d'arrêt de vie( y compris la sédation terminale) comme illustré encore récemment à propos des difficultés d'application de la loi Léonetti au cas de Chantal Sébire. Les textes proposés méritent une attention toute particulière

(Les auteurs de l'amendement désignent par « dispositions anticipées » les volontés du patient devenu durablement incapable de s'exprimer qui demande l'euthanasie ou le suicide assisté ou refuse les traitements. Ils retiennent les termes « directives anticipées » pour les volontés exprimés au sujet des traitements palliatifs. Un pont est établi entre les deux en ce sens que lorsque la substance concerne l'euthanasie, l'assistance au suicide ou l'arrêt des traitements demandés dans des « volontés anticipées », c'est la substance qui l'emporte. Le système des deux cadres législatifs est aussi celui de la Belgique.

Sans vouloir faire de la sémantique et sans vouloir accorder à ce stade une trop grande importance à des mots dont la discussion pourrait prendre trop de temps, il faut reconnaître que le terme « directive» (Anweisung) n'est pas seulement inapproprié pour couvrir des demandes d'euthanasie et d'assistance au suicide, mais il l'est également à propos de la loi sur les traitements palliatifs. En effet, le patient n'est jamais en situation de donner des directives au médecin, les directives étant obligatoires par définition. A l'égard du médecin, le patient peut exprimer soit des refus qui lient, soit des vœux ou des demandes qui ne lient pas, mais jamais des directives. La notion de « disposition » (Verfügung) est celle qui couvre le mieux toutes les situations. En tout état de cause, ADMD-L donne son soutien à l'amendement proposé. )

### **Observations de détail**

Les termes « aide à mourir » sont à éviter du fait que ceux-ci couvrent en substance, selon ADMD-L, aussi la sédation palliative.

A deux reprises les amendements mentionnent l'état « actuel et prévisible « de la science ». Dans un domaine tel que celui de la fin de vie il est inapproprié d'engager un débat sur la prévisibilité de la science, surtout qu'en cas de médication et de traitements le processus scientifique passe par des étapes consacrées qu'il appartient au médecin d'apprécier. Le plus sage serait de ne pas qualifier l'état de la science et de parler tout court d' « **état de la science** ».

### **Amendement No 7**

A l'article 4, les termes « pratique une euthanasie » sont remplacés par ceux « pratique une aide à mourir ».

(Voir amendement No 1)

## **Amendement No 8**

### **Commission de contrôle**

Cet amendement a fait l'objet de discussions approfondies à la Commission des Affaires Sociales auxquelles il y a lieu de se référer. Pour ne pas donner aux instances chargées de proposer un nom une sorte de droit de tirage sur les désignations, et partant pour renforcer l'indépendance des membres de la Commission, mais aussi pour donner davantage de marge de manoeuvre au Gouvernement pour composer le bon mix de la composition, on pourrait envisager d'inviter les instances concernées à présenter deux ou plusieurs candidats.

## **Amendement No 9**

Les tirets 3 à 5 de l'article 6, concernant le premier volet confidentiel du document de déclaration officielle, sont remplacés par le texte suivant :

- les noms, 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 noms, prénoms dom 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).

Cf observations sur l'amendement No 5

## **Amendement No 10**

A l'article 6, le premier tiret consacré au deuxième volet du document de déclaration officielle est modifié comme suit :

- l'âge et le sexe du patient ;

Commentaire : Amendement justifié

## **Amendement 11**

A l'article 6, le sixième tiret, dont la teneur est « si on peut estimer que le décès aura lieu à brève échéance », est à biffer.

### Commentaire

Comme l'euthanasie et l'assistance au suicide ne se pratiquent pas seulement dans la situation de personnes mourantes, l'évaluation des conditions de fond ainsi que le déroulement de la procédure sont évalués aussi en fonction des prévisions de survie. On pourrait changer le libellé comme suit : « Si on a pu estimer que le décès aura lieu à brève échéance ».

Le texte originaire prend toute son importance si l'ajout suggéré par ADMD-L à l'amendement 5 est retenu.

Le dernier tiret est effectivement rédigé dans la perspective d'une notification ex ante. Les termes « a l'intention de pratiquer » seraient à remplacer par « a pratiqué » (l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens).

### **Amendement 12**

A l'article 6, au septième tiret (sixième selon l'amendement 11), les termes de « testament de vie » sont à remplacer par ceux de « dispositions de fin de vie ».

Amendement justifié

### **Amendement 13**

**Les tirets 9, 10, 11 actuels (8, 9 et 10 selon l'amendement 11) de l'article 6 sont remplacés 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.

Amendement à écarter (C ; amendement 5)

### **Amendement 14**

Au deuxième alinéa de l'article 7, les termes « l'euthanasie ou l'assistance au suicide » sont à remplacer par ceux de l'aide à mourir ».

Amendement à écarter (Cf ; amendement 1)

### **Amendement 15**

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 mis à sa disposition par le ministère de la Santé ;

Amendement justifié

### **Amendement 16**

A l'article 13, il y a lieu de remplacer les termes « euthanasie ou aide au suicide » par ceux de « aide à mourir ».

Amendement à écarter (Cf. amendement 1)

### **Amendement 17**

L'article 14 est biffé

### **Commentaire**

L'article 14 doit être maintenu dans la mesure où il est prévu dans une police d'assurance vie qu'il y a non-assurance en cas de suicide ou déchéance d'assurance du de cujus vu les conditions imposées par le législateur pour dépenaliser l'euthanasie et l'assistance au suicide il n'est pas

déraisonnable que le législateur protège les bénéficiaires d'une assurance vie de la perte de leurs droits.

### **Amendement 18**

Il est ajouté un nouvel article 14 qui a 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. »

### **Commentaire**

Par cet ajout les actes du médecin sont décriminalisés, alors que selon les termes de la loi votée en première instance les actes sont « dépenalisés ». Juridiquement les deux approches sont possibles. Il s'agit d'un choix politique entre deux approches dont les conséquences juridiques et la connotation éthique ne sont pas les mêmes. (Cf articles de Norbert Campagna). Logiquement l'immunisation juridique de l'acte<sup>2</sup> de sédation terminale devrait suivre la voie retenue.

L'article 397 du Code Pénal qui sanctionne l'empoisonnement ne concerne pas l'assistance au suicide. Le suicide n'étant pas un délit, la complicité au suicide ne saurait être punissable en droit. Au demeurant il n'existe aucune jurisprudence en la matière au Luxembourg. La jurisprudence allemande ne condamne le médecin qui prête son concours que dans la mesure où il est présent lorsque le patient se suicide (non assistance à personne en danger de mort). La France condamne uniquement l'incitation au suicide.

L'article 397 du Code Pénal qui sanctionne l'empoisonnement n'est donc pas relevant pour l'assistance au suicide. En revanche une condamnation est concevable pour violation du Code de déontologie médicale ou de la loi sur les substances dangereuses.

ADMD-L

\* \* \* \*