

**Projet de loi n°1081 relative au développement des soins palliatifs  
et à l'accompagnement de la personne en fin de vie**

**Avis du Haut Commissariat à la Protection des Droits, des Libertés et à la Médiation**

*Monaco, le 16 septembre 2024*

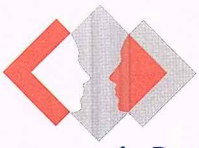
Par courrier en date du 4 juillet 2024, le Conseil National a consulté le Haut Commissariat sur le projet de loi relative au développement des soins palliatifs et à l'accompagnement des personnes en fin de vie qui couvre deux volets : d'une part, l'apaisement de la souffrance en ayant recours à des soins palliatifs ; d'autre part, en ce qui concerne l'acharnement thérapeutique, il prévoit que les actes et traitements médicaux ne soient pas mis en œuvre lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable.

Le Haut Commissariat se réjouit que ce texte vienne combler un vide juridique à Monaco. En effet, les seuls textes actuellement applicables en la matière sont d'une part, l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale et, d'autre part, les articles 36 et 37 du code de déontologie médicale.

Le Haut Commissariat a été sensible à la démarche du législateur et loue notamment la volonté de prendre en compte les différents types de catégories de sujets de droit personnes physiques tels que les mineurs, mineur hors d'état d'exprimer leur volonté et les majeurs, majeurs sous tutelle et/ou hors d'état d'exprimer leur volonté.

Toutefois, il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus, notamment en Europe, sur des notions fondamentales telles l'acceptation et l'articulation des articles 2 (droit à la vie) et 8 (droit à la vie privée) de la CEDH. C'est la raison pour laquelle le Haut Commissariat estime que la loi se doit d'être particulièrement explicite afin de prendre au mieux en compte les principes de dignité et de respect de la volonté des patients et d'éviter toute ambiguïté pouvant mener à des impasses tragiques telles celles connues à l'occasion de l'affaire Lambert dans le pays voisin, démarche qui conduit inévitablement à poser la question du choix laissé au patient de bénéficier d'une aide à mourir.

A titre préliminaire, le Haut Commissariat a estimé utile de revenir sur les différentes terminologies relatives à la fin de vie ainsi que sur le champ du présent projet de loi. Concernant les dispositions du projet de loi, le Haut Commissariat a formulé des remarques portant sur la volonté du patient ; la souffrance réfractaire ; l'accompagnement et l'acharnement thérapeutique.



## 1. Remarques préliminaires relatives à la terminologie et au champ du présent projet de loi :

### Terminologie :

Sur l'aspect terminologique, le Haut Commissariat souhaite rappeler que les soins palliatifs de fin de vie sont l'ensemble des soins qui peuvent être dispensés lorsqu'une personne atteinte d'une maladie ne veut plus bénéficier de traitements, ne répond plus aux traitements ou encore qu'il n'existe aucun traitement curatif pour sa maladie. Sans hâter ni retarder la mort, l'objectif des soins palliatifs de fin de vie est d'obtenir, pour les personnes et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible et de leur offrir le soutien nécessaire. Dans certains cas, les soins palliatifs de fin de vie ainsi que les autres moyens thérapeutiques n'arrivent pas à alléger les souffrances du patient.

L'aide médicale à mourir est un soin de fin de vie durant lequel une personne reçoit, à sa demande, des médicaments dans le but d'entraîner son décès en vue de soulager ses souffrances physiques ou psychologiques.

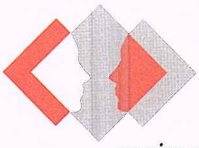
La sédation palliative continue est un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie, dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès. La sédation profonde et continue consiste à endormir définitivement le patient, déclaré incurable et en très grande souffrance. Il est nécessaire que le pronostic vital soit engagé par sa maladie ou sa décision d'arrêter les traitements ainsi que l'hydratation et l'alimentation. La mort survient alors par dénutrition : elle est due à la défaillance des organes, qui cessent de fonctionner après l'arrêt des traitements.

Le suicide assisté ou assistance au suicide, à la différence de l'euthanasie, est une situation dans laquelle c'est la personne elle-même qui accomplit le geste fatal, et non un tiers. Ici, le patient se voit fournir les moyens de mettre fin à sa vie mais c'est lui-même qui réalise l'acte. Il s'agit généralement de substances léthales.

L'euthanasie est, de son côté, un acte par lequel une personne, le patient, demande à un tiers, le professionnel de la santé, de mettre fin à sa vie avec son consentement.

En ce qui concerne par ailleurs le champ du projet de loi, le Haut Commissariat souligne que la multiplicité des méthodes menant à la fin de vie accompagnée et permettant de délivrer un patient souffrant rend la délimitation du sujet et les modalités régulatrices associées très délicate. Le présent projet de loi a choisi de réguler la question des soins palliatifs qui est, en soi, déjà complexe.

Au niveau des Droits Humains, la question soulève toutefois d'autres enjeux puisqu'elle vient mettre en débat des droits équivalents mais contradictoires. Aussi, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme dans son article 25 précise que « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services*



*sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ». L'article 3 précise en revanche que « tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne ».*

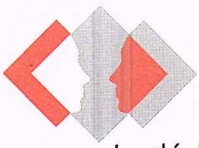
La Convention EDH prévoit également, qu'il s'agisse de ses articles 2 ou 8, des droits fondamentaux qui posent pour principe le droit à la vie. Or, ce même droit à la vie ne pourrait-il pas induire de pouvoir décider de quand interrompre sa vie ? Dans le cas présent, ces limites sont particulièrement mises en débat. En d'autres termes, la volonté du sujet permet de déterminer si oui ou non droit à la vie signifie droit à la fin de vie. Dans ce contexte très subjectif et délicat, en ce qu'il entremêle souffrance, peur et idéologie, la question de l'expression libre et éclairée de la volonté est au cœur de la réflexion.

En effet, dans sa jurisprudence, la Cour de Strasbourg a déjà admis que le droit à la vie au sens de l'article 2 n'interdit pas le recours à l'aide médicale à mourir, à condition que celle-ci soit accompagnée de garanties appropriées et suffisantes pour prévenir les abus et assurer le respect du droit à la vie (*Lambert et autres c/ France*, 2015). Écartant l'hypothèse de l'euthanasie, cette décision, qui reconnaît l'absence de consensus des États membres du Conseil de l'Europe sur l'arrêt des traitements, insiste en revanche sur le consensus existant quant à la **prise en considération de la volonté du patient**. D'ailleurs, la CEDH considère que l'accès à l'aide médicale à mourir est liée à des aspects fondamentaux du respect de la vie privée, de l'intégrité physique, mentale, et de la dignité humaine et rend l'article 8 applicable (*Pretty c/ Royaume-Uni*, 2002).

**Le Haut Commissariat tient cependant à souligner qu'à terme et compte tenu de l'importance conférée, à juste titre, au respect de la volonté du patient, il s'avérera inévitable d'envisager également une réflexion dépassant la seule question des soins palliatifs et posant celle de la possibilité pour un patient de solliciter une aide à mourir et des garanties et conditions qui devraient impérativement encadrer ce type de pratiques.**

## *2. Sur la volonté du patient*

La loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale prévoit à son article 1<sup>er</sup> que « *le consentement libre et éclairé de toute personne appelée à subir un acte ou à suivre un traitement médical est préalablement recueilli par le professionnel de santé ayant la charge, dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables, d'effectuer ou de prescrire l'acte ou le traitement. Ce consentement peut être retiré à tout moment. Le professionnel de santé respecte la volonté de la personne concernée après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité, même lorsque son refus d'acte ou de traitement médical met sa vie en danger. Lorsque, par sa volonté de refuser ou d'interrompre l'acte ou le traitement médical proposé, la personne met sa vie en danger, le professionnel de santé lui propose de réitérer par écrit sa volonté à l'expiration d'un délai raisonnable qu'il fixe en fonction des circonstances et notamment de l'urgence. À l'expiration de ce délai, ledit acte ou traitement ne peut être effectué sans le consentement de la personne concernée ».*



La déclaration de ses volontés de fin de vie, régie par le Chapitre II du présent projet de loi, permet au patient de demeurer acteur des décisions médicales de sa fin de vie, notamment sur la question de la poursuite ou l'arrêt des traitements, dans le cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Ce document est donc décisif dans la prise en compte de l'avis du patient par le médecin, qui y est lié. Leur contenu s'impose au médecin qui doit les appliquer.

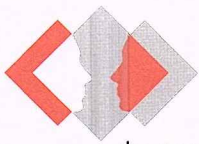
Le Haut Commissariat précise qu'en droit français, depuis les lois Leonetti et Claeys Leonetti, les directives anticipées n'ont pas vocation à être utilisées tant que le patient est en capacité de communiquer ses volontés mais s'appliquent lorsqu'il ne peut exprimer **sa** volonté de **poursuivre, limiter, arrêter** ou **refuser** des **traitements** ou **actes médicaux**. Le contenu des directives prime alors sur les différents avis et témoignages de la personne de confiance ou des proches. Le médecin peut toutefois refuser de les appliquer en cas d'urgence vitale le temps d'évaluer la situation et/ou lorsqu'elles lui apparaissent inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Dans ce dernier cas, il doit au préalable avoir consulté l'ensemble de l'équipe soignante et un confrère indépendant, et après avoir recueilli le témoignage de la personne de confiance si elle a été désignée ou à défaut celui de la famille ou des proches. Il doit préciser dans le dossier médical pourquoi il décide de passer outre. En France, dans sa décision n° 2022-1022 du 10 novembre 2022, le Conseil constitutionnel a jugé conformes à la Constitution les dispositions de l'article L1111-11 du code de la santé publique prévoyant que le médecin peut écarter les directives anticipées, "*notamment lorsqu'elles sont manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient*". Cette disposition n'étant pas prévue par le présent projet de loi, **le Haut Commissariat estime que son ajout pourrait être discuté.**

Par ailleurs, le Haut Commissariat relève que le troisième paragraphe de l'article 18 du présent projet de loi, relatif à la rédaction des volontés de fin de vie en cas d'impossibilité, pour le patient, d'exprimer sa volonté, pose certains problèmes.

D'une part, un seul témoin est requis pour attester la déclaration formulée, pour le compte du patient. Or, il paraîtrait plus prudent d'exiger la présence de plus d'un témoin. En effet, une pluralité de témoins éviterait tout débat sur le degré d'influence subie par le patient à ce moment, étant admis qu'il est en situation d'extrême vulnérabilité.

D'autre part, le Haut Commissariat souhaite souligner l'absence d'option concernant le possible changement de témoin. En effet, le patient devrait avoir la totale liberté de revenir sur cette déclaration notamment en y substituant un autre témoin, ce dernier ayant pu voir certains pans de sa vie affectés par ailleurs et donc ne pas pouvoir répondre aux obligations qui lui incombent dans le cas présent. **Aussi, le Haut Commissariat recommande que soit exigée la présence de plus d'un témoin pour attester de l'authenticité de la déclaration, ainsi que soit prévue la possibilité de changer de témoin si et quand le patient le souhaite.**

Enfin, le Haut Commissariat a constaté dans le cadre de ses missions que la reconnaissance du statut des conjoints de même sexe ou partenaire pouvait poser problème dans certaines situations particulièrement pénibles vécues par des requérants. Or, le Haut Commissariat constate que, si l'article 8.3 du présent projet de loi prévoit bien la consultation du conjoint, du partenaire de contrat de vie commune ou du cohabitant en cas de refus ou d'indisponibilité



du conjoint ou de la personne de confiance de la mise en œuvre de certains traitements alors que le patient n'est pas en mesure d'exprimer son consentement, il s'étonne néanmoins que **le consentement du partenaire de contrat de vie commune ou du cohabitant** ne soit pas requis avant la mise en œuvre desdits traitements. **Le Haut Commissariat estime que cette mention pourrait être ajoutée. Le Haut Commissariat précise également qu'il considère qu'on entend bien également par conjoint les personnes de même sexe légalement unies à l'étranger.**

### 3. Sur la souffrance réfractaire

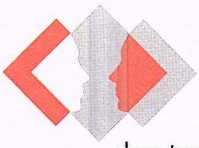
Le souhait de hâter la mort est souvent une réaction à la souffrance, dans un contexte d'engagement du pronostic vital, où le patient ne voit d'autre porte de sortie que d'accélérer ce processus. *Est défini réfractaire tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient (Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment).*

Dans le présent projet de loi, la question de la souffrance réfractaire est mise en avant dans le chapitre 1, les articles 1 à 5 faisant mention à juste titre de la nécessité de mettre en place des mécanismes de prise en charge de la souffrance. Toutefois, seul l'article 8 fait état *stricto sensu* de la souffrance réfractaire. Or, cet article est, selon le Haut Commissariat, incomplet. En effet, l'article 5 paragraphe 1 disposant que les soins palliatifs ne sauraient « *hâter ni retarder la mort* », l'article 8 précise qu'en cas de souffrance réfractaire, sont dispensés à la personne « *tous les traitements analgésiques et sédatifs nécessaires pour la soulager, même s'ils peuvent avoir pour effet indésirable d'abrégé la vie* ».

Il semble cependant au Haut Commissariat que ces dispositions ne permettent pas de répondre à l'ensemble des cas de figures susceptibles de se présenter. En effet, les jurisprudences européennes ont mis en évidence les difficultés inhérentes à la définition et à la mesure des différents types de souffrance.

Le Haut Commissariat relève ainsi que, dans une affaire (*Gross c/ Suisse*) relative au suicide assisté portée devant la CEDH en 2014, la requérante, qui ne souffrait d'aucune pathologie, s'était vue refuser la délivrance d'une dose létale de médicament au motif, justement, qu'elle ne souffrait d'aucune pathologie. Or, cette patiente arguait de souffrances multiples, aussi bien physiques que psychologiques et la mort se présentait comme la seule solution à ses difficultés selon elle. L'absence de clarté des textes suisses a conduit les juges de Strasbourg à conclure à la violation de l'article 8 de la CEDH par l'Etat Suisse au motif que la législation de cet Etat n'avait pas défini « *des orientations complètes et claires sur la question de savoir si et dans quelles circonstances une personne qui ne souffre pas d'une maladie en phase terminale devrait pouvoir se voir octroyer le droit d'acquérir une dose létale de médicament lui permettant de mettre fin à ses jours* ».

Même si le présent projet de loi ne permet pas le recours au suicide assisté ou à l'euthanasie, le même type de difficulté pourrait advenir pour l'administration à des personnes sollicitant

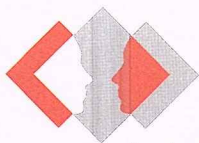


des traitements analgésiques et sédatifs prévus à son article 8 qui peuvent avoir pour effet indésirable d'abréger la vie mais qui sont, en l'état du texte, réservés à des personnes « *en phase avancée ou terminale d'une affection grave, irréversible et incurable* ».

Par ailleurs, le Haut Commissariat souligne que l'impossibilité, aux yeux du patient, de soulager efficacement des souffrances réfractaires peut conduire *in fine* à poser la question du suicide assisté. Ainsi, dans l'affaire *Karsai c/ Hongrie* de juin 2024, la CEDH a été saisie par le citoyen désireux de décider de sa propre mort. Atteint d'une maladie neuro dégénérative, il voulait pouvoir programmer son décès sans avoir à atteindre le seuil de souffrance et de désarroi qu'il jugeait intolérable. De fait, sa demande se rapprochait d'un suicide assisté ou d'une euthanasie. L'aide médicale à mourir est légale en Hongrie mais dans le cas d'espèce, elle ne permettait pas au patient d'être serein dans la progression de sa maladie, puisqu'il avait estimé *a priori* que son seuil de souffrance serait dépassé avant même que ne survienne le stade critique (médicalement reconnu) de sa pathologie. En d'autres termes, sa projection a permis de mettre en évidence les limites du processus d'aide à mourir.

La Cour a cherché à savoir « *si un juste équilibre a été ménagé entre l'intérêt du requérant à pouvoir mettre fin à ses jours (...), et les buts légitimes poursuivis par la législation (...)* ». Deux critères ont été retenus par la Cour pour prononcer son rejet : la proportionnalité et la question de la discrimination. Sur la proportionnalité, la Cour s'est posée la question de savoir si un juste équilibre a été observé entre les intérêts concurrents. En d'autres termes, dans le cas présent, le requérant pouvait parfaitement bénéficier de soins palliatifs adéquats et donc pouvait soulager sa souffrance de fin de vie. Aussi, son souhait de bénéficier d'une forme d'aide médicale à mourir augmentée, se rapprochant d'une situation de suicide assistée, ne trouvait pas de fondement légal ni éthique. L'aide médicale à mourir telle que possible en Hongrie rend déjà possible le soulagement de ses souffrances et donc la demande du patient semblait disproportionnée. Etant admis que le patient n'avait pas souligné qu'il ne pourrait pas être soulagé par les soins palliatifs classiques, elle n'a pas donné gain de cause au patient. Toutefois, et ce de manière récurrente sur cette question, la Cour donne une totale marge d'appréciation aux Etats pour ce qui concerne l'éthique médicale. Sur le point discriminatoire, le requérant fondait son argumentation sur le fait de ne pas pouvoir mettre fin à son traitement médical et ainsi mourir. Or, puisqu'au moment de sa demande il ne bénéficiait pas de soins palliatifs, il ne pouvait cesser le traitement puisque, *sic*, il n'en bénéficiait pas. Aussi, la seule option qui, selon lui, était possible, consistait à agir de manière dynamique et à lui administrer une aide pour mourir. Le requérant a donc argué d'une situation discriminatoire entre son état, sans traitement et donc sans possibilité de mourir « dignement », et celui des malades suivant un traitement et pouvant donc *de facto* cesser le traitement qui leur était administré, ces derniers pouvant donc bénéficier d'une mort plus « rapide ». La Cour a rejeté cette lecture et a estimé que la différence de traitement entre ces deux groupes est raisonnablement justifiée.

Ces cas récents sont inspirants en ce qu'ils soulignent les limites des traitements palliatifs et de l'évaluation de la souffrance, le ressenti subjectif du patient pouvant ne pas correspondre aux outils de mesure utilisés par la médecine. **Le Haut Commissariat recommande donc que des commissions *ad hoc* soient prévues avec notamment des spécialistes des soins palliatifs pour rassurer les patients et faire état régulièrement de leur état psychologique et physique,**



ainsi qu'un renforcement du dialogue entre les différents services hospitaliers, le patient et les aidants.

*Par ailleurs, les souffrances réfractaires peuvent donc être aussi bien psychologiques que physiques et relèvent de la perception du patient. Or, dans l'article 8 du présent projet de loi, rien n'indique la nature de la souffrance réfractaire devant être soulagée. Aussi, le Haut Commissariat recommande que le type de souffrance visé soit clairement explicité et qu'un mécanisme / processus précis d'évaluation de la souffrance puisse être mis en place.*

Le Haut Commissariat relève enfin que, la volonté du patient et le respect de sa dignité devant primer en toutes circonstances, le cas des souffrances réfractaires, quelles que soit leur nature, lui semble conduire inéluctablement à une réflexion abordant la question de l'aide à mourir.

#### 4. Sur l'accompagnement

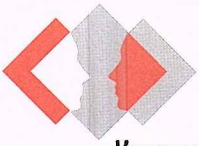
En plus d'offrir leur oreille attentive, les accompagnateurs bénévoles incarnent une figure neutre dans un espace très médicalisé. Ils permettent aux patients d'avoir des échanges exempts d'enjeux médicaux et garantissent une mise à distance bienveillante avec les émotions, souvent diverses dans ce genre de situation, ce que la sphère familiale ne peut apporter.

*Le rôle décisif et pourtant difficile de l'accompagnant a été mis en lumière par le chapitre II du présent projet de loi qui régit l'action des bénévoles réunis en association pour l'accompagnement des personnes en soins palliatifs. Si les six articles qui composent ce chapitre ne soulèvent pas de difficulté juridique en soi, il serait cependant possible de revenir sur le deuxième paragraphe de l'article 9 qui prévoit une participation des bénévoles auprès des familles et/ou de l'équipe de soignants.*

Le Haut Commissariat salue cette proposition mais souhaite souligner que l'accompagnement en fin de vie, ce n'est pas l'accompagnement de la mort. **Aussi, les modalités de la formation prévue dans l'article 9 devraient prendre en considération un volet juridique autant qu'éthique, entre autres points non exhaustifs à mentionner.**

En outre, et si les qualités d'écoute et de discrétion des bénévoles sont mises en avant, il ne faut pas omettre les souffrances de l'âme et pas seulement de l'esprit. **Aussi, prévoir un dispositif holistique de prise en compte de la spiritualité du patient semble être important pour l'allègement des souffrances et angoisses. En tous cas, et dans la droite lignée de ce que propose la Déclaration de Venise sur les soins médicaux de fin de vie de 2022, cela semble fondamental au Haut Commissariat.**

Par ailleurs, le Haut Commissariat souligne que dans d'autres pays européens, tels le Luxembourg, la loi prévoit également des dispositions faisant bénéficier d'un « congé d'accompagnement » les ascendants ou descendants au premier degré en ligne directe ou au second degré en ligne collatérale ainsi que le conjoint ou le partenaire (article 9 de la loi luxembourgeoise du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à



**l'accompagnement en fin de vie). Des dispositions comparables pourraient donc figurer dans la future loi monégasque.**

Le Haut Commissariat se félicite par ailleurs que l'article 5 du présent projet de loi offre la possibilité, lorsque l'état de la personne le permet, d'une prise en charge à domicile. **Le Haut Commissariat rappelle la nécessité de s'assurer pour la bonne mise en œuvre de ces mesures d'une coordination efficace avec le pays voisin dans le cas des patients traités au CHPG mais ne résidant pas à Monaco.**

## 5. Sur l'acharnement thérapeutique

L'obstination déraisonnable (anciennement appelée acharnement thérapeutique) est le fait de pratiquer ou d'entreprendre des actes ou des traitements alors qu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

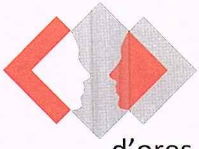
L'interdiction de procéder à une obstination déraisonnable oblige non seulement le médecin à ne pas entreprendre des soins et traitements dans un but d'obstination déraisonnable, mais aussi à les interrompre dans cette circonstance. La question est en soi très sensible et évolutive. D'ailleurs, par une ordonnance du 10 janvier 2024, le Conseil d'État français a suspendu une décision médicale d'arrêt des soins et traitements délivrés à une personne inconsciente afin de permettre la réalisation d'une expertise médicale pour fournir au juge tous les éléments possibles sur les perspectives d'évolution de l'état de santé du patient.

Le Conseil d'Etat du pays voisin a à cet égard une posture très ambivalente : en 2018, la Haute Juridiction s'est prononcée sur une procédure d'arrêt des traitements pour une adolescente de 14 ans, en état végétatif et sous ventilation mécanique en renvoyant la responsabilité au médecin : *« Il appartient donc désormais au médecin en charge de l'enfant d'apprécier si et dans quel délai la décision d'arrêt de traitement doit être exécutée »*.

Le droit des malades et à la fin de vie devait s'interpréter comme impliquant que l'hydratation et l'alimentation artificielles constituaient également des traitements qui pouvaient être arrêtés en cas d'obstination déraisonnable, le point central de cette reconnaissance étant l'exigence de prendre en considération la volonté du patient exposé notamment dans ses déclarations de fin de vie (ou directives anticipées), tel que souligné dans la QPC du 10 août 2022 suscitée.

Or, dans le présent projet de loi, il apparaît que le maintien artificiel de la vie, notamment la nutrition et l'hydrations artificielles (article 15) ne constituent pas une obstination déraisonnable. Il est d'autant plus important que cette possibilité soit clairement prévue par la loi que l'arrêt *Lambert c. France* de 2015 de la CEDH a renvoyé à la marge d'appréciation des Etats pour déterminer si la nutrition et l'hydratation artificielles doivent être considérées comme des traitements, ce point ne faisant pas l'objet d'un consensus au sein des milieux scientifiques. **Le Haut Commissariat s'interroge donc sur le bienfondé de l'approche retenue par le présent projet de loi et plus largement sur les modalités d'encadrement des directives anticipées.** En droit monégasque, le code de déontologie médicale monégasque prévoit





d'ores et déjà dans son article 36, qu'«*en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. La décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sur une personne hors d'état d'exprimer sa volonté ne peut être prise sans qu'ait été préalablement recueilli le consentement libre et éclairé des personnes désignées conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur (...). Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncées à l'article 37. Il veille également à ce que l'entourage du patient reçoive le soutien nécessaire* ». En outre, l'article 37 prévoit que « *le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage* ».

Afin de surmonter cette difficulté tout en respectant au mieux la volonté des patients, **l'avis du Haut Commissariat serait de laisser la possibilité au patient de refuser les mesures de nutrition et d'hydratation artificielles, notamment dans sa déclaration, avec les mêmes conditions et garanties que pour le refus des autres traitements en prévoyant une sédation profonde en cas d'interruption de ces mesures, afin d'éviter les souffrances pouvant alors survenir.** En effet, l'article 3 de la déclaration de Venise sur les soins médicaux de fin de vie de 2022 prévoit que « *lorsqu'un patient en phase terminale connaît une douleur aiguë ou d'autres symptômes cliniques éprouvants qui ne répondent plus à des soins palliatifs intensifs et centrés sur ledit symptôme, il peut être approprié, en dernier recours, de lui proposer une sédation profonde. La sédation profonde, qui vise à suspendre la conscience, ne doit jamais être utilisée pour causer intentionnellement la mort du patient et doit être réservée aux patients en fin de vie. Il convient de s'efforcer d'obtenir à cette fin le consentement éclairé du patient ou, à défaut, de son mandataire de santé* ».

**En conclusion et de façon plus générale, le Haut Commissariat souligne que, bien que ce ne soit pas l'objet du présent projet de loi, la mise en œuvre de ses dispositions conduira inévitablement à des interrogations relatives à l'aide médicale à mourir, même indirectement accordée, de la part des patients qui souhaiteraient y avoir accès.**