

# MA VOLONTÉ EN FIN DE VIE



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Santé

Direction de la santé



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Famille, de l'Intégration  
et à la Grande Région





# PRÉFACE



## LA FIN DE VIE : ET SI ON EN PARLAIT ?

La fin de notre vie est une période particulière. La mort est avant tout un sujet personnel et en parler fait naître toutes sortes de sentiments : la peur, l'incertitude, la tristesse, la colère mais aussi éventuellement un soulagement. Cependant, parler ouvertement de sa fin de vie devient de plus en plus fréquent dans notre société. Les personnes concernées souhaitent décider elles-mêmes de ce que sera leur fin de vie et beaucoup ont une approche très individuelle face à leurs derniers moments.

Le Gouvernement accueille favorablement cette évolution et souhaite permettre à tout citoyen de prendre librement les dispositions qui lui conviennent au mieux pour ce moment inévitable. Dans cet esprit de libre choix, la présente brochure vise à informer de façon impartiale les citoyens sur les lois encadrant la fin de vie et les options qui sont à leur disposition.

Dans l'objectif de faire respecter la volonté d'une personne en fin de vie, même si elle ne peut plus s'exprimer, une partie de la brochure est constituée de formulaires de « directive anticipée » et de « disposition de fin de vie », qui pourront être utilisés par le citoyen afin de documenter ses choix. Tout patient peut remplir à la fois une directive anticipée et des dispositions de fin de vie.

La présente brochure sera diffusée largement, notamment auprès des professionnels de la santé et dans les institutions de séjours et de soins, et sera également disponible en version électronique sur les sites web de nos ministères.



A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'C' followed by a period.

**Corinne CAHEN**  
Ministre de la Famille et de l'Intégration  
Ministre à la Grande Région



A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'E' followed by a horizontal line.

**Étienne Schneider**  
Vice-Premier Ministre  
Ministre de la Santé



A photograph of a dense, misty forest. A dirt path leads through the undergrowth, surrounded by lush green plants and ferns. Large, moss-covered tree trunks and branches frame the path, with sunlight filtering through the canopy in the background. The word "INTRODUCTION" is overlaid in white text on a dark horizontal band.

# INTRODUCTION



Chacun, à tout âge, malade ou bien portant, s'interroge sur sa fin de vie et souhaite garder le pouvoir d'en décider.

Le Luxembourg, par son appareil législatif, vous donne la possibilité d'exprimer votre volonté, en participant activement, en pleine conscience à votre prise en charge, et en consignant vos souhaits concernant les traitements que vous souhaiteriez recevoir en rédigeant une directive anticipée (concernant les soins palliatifs) et/ou des dispositions de fin de vie, au cas où vous ne seriez plus capable de communiquer (perte de conscience suite à une maladie ou un accident, démence).

## LA FIN DE VIE EST ENCADRÉE PAR 3 LOIS :

- 1. La loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.**
- 2. La loi du 16 mars 2009 relative à l'euthanasie, au suicide assisté et aux dispositions de fin de vie.**
- 3. La loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations des patients.**

Afin de comprendre les situations dans lesquelles une directive anticipée ou des dispositions de fin de vie prennent effet, il est important de faire la distinction entre 2 situations de fin de vie possibles :

1. Si vous êtes conscient, vous pouvez exprimer vos choix à ce moment-là. Votre volonté prime sur la directive anticipée ou les dispositions de fin de vie.
2. Vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté, vous êtes inconscient ou incapable (dément) : s'il existe une directive anticipée et/ou des dispositions de fin de vie, vos volontés y consignées doivent être respectées selon les modalités de la loi.

Dans chacune des lois, il est question d'une personne de confiance. La personne de confiance, désignée par le patient, est la personne qui prend les décisions au nom d'une personne incapable de le faire. Elle doit connaître les préférences, les valeurs et les croyances de la personne dont elle est le porte-parole. Elle devra prendre des décisions qui reposent sur les souhaits les plus récents exprimés par la personne au moment où elle était jugée apte à le faire. Il faut bien choisir sa personne de confiance, qui doit naturellement donner son accord pour assumer cette tâche.

## IDÉALEMENT, VOTRE CHOIX SE PORTERA SUR UNE PERSONNE DE CONFIANCE QUI :

- est majeure (obligation légale concernant les dispositions de fin de vie) ;
- est en mesure d'être à vos côtés si nécessaire ;
- est prête à discuter avec vous des décisions à prendre dans le futur et qui est réellement à l'écoute de vos souhaits ;
- est prête à parler en votre nom ;
- est en mesure d'agir selon vos souhaits ;
- assume la responsabilité d'une telle tâche ;
- vous connaît bien et comprend ce qui est important pour vous ;
- sera capable, en temps voulu, de gérer les éventuels conflits entre les membres de la famille, les proches et le personnel médical ;
- sera un ardent défenseur de votre volonté face aux médecins et aux institutions.

La fin de vie est un passage inexorable, y réfléchir permet de faire respecter votre volonté, en parler à vos proches leur épargnera la souffrance supplémentaire du choix le moment venu.

Cette brochure vous présente tous les documents vous permettant de guider votre réflexion et l'expression de vos souhaits.

Vous restez libre à tout moment de modifier vos souhaits et de rédiger de nouveaux documents.



A photograph of a birch forest with a dirt path, overlaid with a semi-transparent orange rectangle containing the text 'DIRECTIVE ANTICIPÉE'. The forest is lush with green foliage and tall birch trees. The path is a narrow, winding trail through the undergrowth. The text is in a bold, white, sans-serif font, centered within the orange rectangle.

# DIRECTIVE ANTICIPÉE



## PRÉAMBULE

La loi prévoit ce qui peut être réglé par une directive anticipée. Il s'agit :

- des conditions du traitement ;
- de la limitation du traitement ;
- de l'arrêt du traitement, y compris le traitement de la douleur ;
- de l'accompagnement psychologique et spirituel.

Votre directive anticipée est applicable si les deux conditions suivantes sont remplies :

- vous vous trouvez en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable ; et
- vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté.

**Tant que vous pouvez vous exprimer, c'est votre volonté directement exprimée qui compte.**

Avant de compléter ce document, il est recommandé de vous entretenir d'abord avec votre personne de confiance, vos proches et votre médecin traitant.

D'après les dispositions de la loi, vous pouvez prétendre :

- au soulagement de la souffrance physique et psychique, par exemple les douleurs, les problèmes respiratoires, l'agitation, l'angoisse, la soif, etc. ;
- au respect de vos souhaits concernant un éventuel accompagnement psychologique et spirituel ;
- à la prise en compte des éléments apportés par votre personne de confiance dans toutes les décisions à prendre.

# FORMULAIRE DE DIRECTIVE ANTICIPÉE

NOM ET PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

MATRICULE : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

TÉL. / GSM : .....

E-MAIL : .....

Pour le cas où je me trouverais dans une phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et que je sois dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, j'ai rédigé ma directive anticipée, qui selon la loi est à prendre en compte par le médecin traitant.

Je désire que toutes les décisions soient prises d'après ma directive anticipée et/ou, le cas échéant, en accord avec ma personne de confiance.

## PERSONNE DE CONFIANCE

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous :

- à exprimer ma volonté concernant les décisions relatives aux soins et aux traitements, et
- à donner en mon nom le consentement aux mesures proposées.

NOM ET PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TÉL. / GSM : .....

E-MAIL : .....

J'autorise les médecins et le personnel soignant à fournir à ma personne de confiance, pour ce faire, toutes les informations indispensables.

- (1) Je demande d'arrêter les examens et traitements au cas où ces derniers n'apporteraient ni soulagement, ni amélioration de mon état, ni espoir de guérison et ne feraient que retarder ma mort sans pour autant pouvoir arrêter le cours de la maladie.

*Ceci inclut le cas spécifique du coma irréversible, c'est-à-dire le cas où mon cerveau serait gravement et durablement lésé par un accident ou par la maladie, entraînant une perte de la conscience qui serait selon toute vraisemblance irréversible.*

☐ oui ☐ non

- (2) En accord avec ma décision sous 1), je demande à ce que mon médecin n'effectue pas les traitements et mesures suivants, s'ils n'amènent pas d'amélioration de mon état ou d'espoir de guérison et ne font que retarder ma mort.



**Les traitements / mesures suivants ne sont plus à mettre en œuvre :**

- respiration / ventilation artificielle ;
- alimentation artificielle ;
- hydratation artificielle ;
- tous les médicaments qui ne contribuent plus à ma qualité de vie ;
- dialyse ;
- traitement à l'hôpital ;
- autres .....

(3) Remarques supplémentaires : .....

.....

(4) Pour les soins et l'accompagnement en fin de vie, je souhaite :

- a) Concernant l'équipe soignante, pour les soins corporels et mon bien-être :  
(par exemple : position au lit / au fauteuil, massages, huiles essentielles, musique, aliments / boissons préférées...)

.....

.....

.....

- b) Concernant l'accompagnement :  
famille / proches, psychologique, spirituel / religieux, bénévoles, autre  
(prière de donner des informations précises)

.....

.....

.....

## UNE COPIE DE CETTE DIRECTIVE ANTICIPÉE A ÉTÉ TRANSMISE À :

### 1. Ma personne de confiance

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**ADRESSE :** .....

.....

**TÉL. / GSM :** .....

**E-MAIL :** .....



**2. Médecin traitant****NOM ET PRÉNOM :** .....**ADRESSE :** .....**TÉL. / GSM :** .....**E-MAIL :** .....**3. Dossier médical** (p. ex. : dossier de soins partagés, CIPA, hôpital, etc.)**4. Autre(s) personne(s)****NOM ET PRÉNOM :** .....**ADRESSE :** .....**TÉL. / GSM :** .....**E-MAIL :** .....

Suite à la rédaction de ma directive anticipée, j'ai également réfléchi à d'autres points qui m'importent.

## SOUHAITS, EN DEHORS D'UNE MALADIE INCURABLE, SI JE SUIS HORS D'ÉTAT DE MANIFESTER MA VOLONTÉ :

Si je suis hors d'état de manifester ma volonté, de façon temporaire ou permanente, le prestataire de soins de santé cherchera à établir ma volonté présumée en faisant appel :

- ☐ À ma personne de confiance.
- ☐ À mes proches.
- ☐ À toute autre personne susceptible de connaître ma volonté.

**En cas de situation d'urgence**

- ☐ Je demande au prestataire de soins de santé de prendre toutes les mesures d'urgence dans mon intérêt.
- ☐ J'ai réfléchi et ai établi ma volonté :

ressuscitation cardio-pulmonaire ☐ oui ☐ non

respiration/ventilation artificielle ☐ oui ☐ non

alimentation artificielle ☐ oui ☐ non

Commentaires : .....

.....



# SOUHAITS CONCERNANT MON CORPS APRÈS LA MORT

## Don d'organes

- ☐ Je n'autorise aucun prélèvement d'organes en vue d'une transplantation.
- ☐ J'autorise le prélèvement d'organes en vue d'une transplantation, à l'exception du/des organe/s suivant/s :

.....

.....

## Après ma mort, je souhaite :

- ☐ être enterré(e) .....
- ☐ être incinéré(e) .....
- ☐ mes cendres seront .....

## Autres souhaits en relation avec les obsèques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Par la présente, je certifie que cette directive anticipée correspond à l'expression de ma volonté libre et éclairée et que j'ai rédigé cette directive après mûre réflexion.

Fait en ..... exemplaires

....., le .....

Lieu / date

.....

Nom et prénom

Signature



# SI VOUS ÊTES DANS L'IMPOSSIBILITÉ PHYSIQUE DE RÉDIGER / SIGNER CE DOCUMENT VOUS-MÊME, VOUS AVEZ LA POSSIBILITÉ QU'UNE DE DEUX PERSONNES DE VOTRE CHOIX RETRANSCRIVE CE QUE VOUS LUI DICTEZ, LES DEUX SIGNANT COMME TÉMOINS

Nous soussigné(e)s, témoins en vertu de l'article 5 (2) de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, attestons que le présent document est l'expression de la volonté libre et éclairée de :

**MADAME / MONSIEUR :** .....

qui est dans l'impossibilité de rédiger et de signer elle / lui-même sa directive anticipée.

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**QUALITÉ :** .....

**ADRESSE :** .....

.....

**DATE ET SIGNATURE :** .....

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**QUALITÉ :** .....

**ADRESSE :** .....

.....

Signature

.....  
Date

## EXPLICATIONS COMPLÉMENTAIRES

Après avoir rédigé, daté et signé votre directive anticipée

- gardez l'original chez vous à un endroit facilement accessible
- donnez une copie
  - à votre personne de confiance
  - à votre médecin traitant
  - au personnel du CIPA, de l'hôpital, etc. (le cas échéant)
  - à une tierce personne
- enregistrez une copie, si vous le désirez, dans votre dossier de soins partagés

## RENOUVELLEMENT :

La durée de validité de la directive anticipée n'est pas fixée par la loi et est donc valable jusqu'à sa modification ou son abrogation. Néanmoins, nous vous recommandons de revoir la directive anticipée tous les 5 ans et de la confirmer ou de la modifier selon vos choix.

## QUESTIONS ET RÉPONSES AUTOUR DE LA DIRECTIVE ANTICIPÉE

### 1. Qu'est-ce qu'on entend par « soins palliatifs » ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques, spirituels et sociaux de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils incluent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique. À cette fin, des professionnels de différentes disciplines collaborent étroitement : médecins, infirmiers et aide-soignants, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux et autres. La volonté de la personne malade est respectée dans toutes les décisions du traitement.

Les soins palliatifs consistent en une prise en charge globale de la personne malade.

### 2. Où sont offerts les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs sont dispensés à domicile, à l'hôpital, au Haus Omega – centre de soins palliatifs – et en institution pour personnes âgées.

### 3. Qui a droit aux soins palliatifs ?

Toute personne en phase avancée ou terminale d'une maladie grave et incurable, qu'elle qu'en soit la cause, a un droit légal aux soins palliatifs.

### 4. Qui prend en charge les coûts des soins palliatifs ?

Les coûts des soins palliatifs sont pris en charge par la Caisse Nationale de Santé (CNS) sur demande du médecin traitant (« carnet de soins » de la personne soignée en fin de vie).

### 5. Congé d'accompagnement

Saviez-vous que selon la loi vous avez droit à un « congé d'accompagnement » pour rester auprès d'une personne mourante de votre famille proche ?

Vous avez droit à 5 jours (maximum 40 heures) par an et par personne en fin de vie, qui peuvent être répartis selon les besoins des proches.

Vous trouvez les formulaires de demande pour ce congé sous [www.cns.lu](http://www.cns.lu), tél. 27 57-1.

**Informations supplémentaires : voir à la fin de ce document.**



A photograph of a dense forest of tall evergreen trees, likely spruce or fir, under a hazy, misty sky. The trees are silhouetted against a lighter background. A horizontal band of semi-transparent blue color runs across the middle of the image, serving as a background for the text.

# DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

# DISPOSITIONS DE FIN DE VIE POUR UNE PERSONNE MAJEURE CAPABLE DE RÉDIGER, DATER ET SIGNER LE DOCUMENT

Conformément à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

Les dispositions de fin de vie sont une demande d'euthanasie faite à l'avance pour le cas où le patient se trouverait, à un moment ultérieur de sa vie, dans une situation d'inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et souffrirait d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

Elles doivent être envoyées à l'adresse indiquée ci-après.

**Commission Nationale de Contrôle  
et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009  
sur l'euthanasie et l'assistance au suicide  
Ministère de la Santé  
L-2935 Luxembourg**

Les dispositions de fin de vie doivent être enregistrées dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Les dispositions peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. 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. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Toutefois, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.



# FORMULAIRE DES DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

## RUBRIQUE I. DONNÉES OBLIGATOIRES

Mes données personnelles sont les suivantes :

**NOM, PRÉNOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**MATRICULE :** .....

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** .....

**TÉLÉPHONE :** .....

Facultatif :

**GSM :** .....

**ADRESSE E-MAIL :** .....

Pour le cas où je ne peux plus manifester ma volonté, je consigne par écrit dans ces dispositions de fin de vie que je désire subir une euthanasie, si mon médecin constate :

*que je suis atteint(e) d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,  
que je suis inconscient(e) et  
que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.*

Remarques personnelles concernant les circonstances et conditions dans lesquelles je désire subir une euthanasie :

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Je souhaite que ces dispositions de fin de vie soient respectées.

Date et signature du requérant :

Signature du requérant

Date

## DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**MATRICULE :** .....

**TÉLÉPHONE :** .....

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** .....

**LIEN DE PARENTÉ ÉVENTUEL :** .....

☐ oui    ☐ non

B. Dispositions (facultatives) quant au mode de sépulture et à la cérémonie des funérailles



Si vous êtes dans l'impossibilité physique de rédiger et de signer ce document vous-même, vous avez la possibilité qu'une personne de votre choix retranscrive ce que vous lui dictez, en présence de deux témoins. Les témoins et votre personne de confiance signent le document. Les raisons pour lesquelles vous étiez dans l'impossibilité de rédiger et de signer les dispositions vous-même doivent être décrites dans le document et attestées par un médecin.

Nous soussigné(e)s, témoins en vertu de l'article 4( 2) de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, attestons que le présent document est l'expression de la volonté libre et éclairée de :

MADAME / MONSIEUR : .....

qui est, pour les raisons suivantes, dans l'impossibilité de rédiger et de signer elle / lui-même ses dispositions de fin de vie.

NOM ET PRÉNOM : .....

QUALITÉ : .....

ADRESSE : .....

DATE ET SIGNATURE : .....

NOM ET PRÉNOM : .....

QUALITÉ : .....

ADRESSE : .....

DATE ET SIGNATURE : .....

NOM ET PRÉNOM : .....

QUALITÉ : .....

ADRESSE : .....

DATE ET SIGNATURE : .....

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE DE CONFIANCE : .....

.....  
Date

Signature

## EXPLICATIONS COMPLÉMENTAIRES

Après avoir rédigé, daté et signé vos dispositions de fin de vie

- Faites-les enregistrer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation afin qu'elles soient valides.
- Gardez une copie des dispositions de fin de vie et la lettre d'enregistrement de la Commission de Contrôle chez vous.
- Donnez une copie des dispositions de fin de vie et de la lettre d'enregistrement :
  - à votre personne de confiance ;
  - à votre médecin traitant ;
  - au personnel du CIPA, de l'hôpital, etc. (le cas échéant) ;
  - à une tierce personne.
- Enregistrez une copie, si vous le désirez, dans votre dossier de soins partagés.

Les dispositions de fin de vie peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Toutefois, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.

La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation est tenue de demander tous les 5 ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant.

Si vous exprimez d'autres volontés en-dehors des dispositions de fin de vie dans le formulaire, celles-ci ne sont pas couvertes par la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Ces volontés, tout en étant légales et valables, ne peuvent donc pas être enregistrées auprès de la Commission. Ces volontés font partie de la directive anticipée ou des souhaits personnels. Par conséquent, nous vous recommandons d'informer vos personnes de confiance et vos proches de l'existence et de la teneur de ce document, d'en remettre une copie à votre médecin traitant et, le cas échéant, aux responsables de l'institution qui vous prend en charge, hôpital ou centre intégré pour personnes âgées par exemple.



## QUESTIONS ET RÉPONSES AUTOUR DES DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

### 1. Qu'est-ce qu'on entend par « euthanasie » ?

L'euthanasie est l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci.

Le patient peut demander une euthanasie ou une assistance au suicide, et le médecin peut y répondre sans être sanctionné pénalement ou subir une action civile en dommages-intérêts, si les conditions de fond définies par la loi sont remplies.

### 2. Est-il conseillé de rédiger une directive anticipée si j'ai fait enregistrer mes dispositions de fin de vie ?

Oui. Pour le cas où vous ne serez plus en mesure de vous exprimer, vous pouvez y régler une multitude de situations et de souhaits qui ne sont pas couverts par les dispositions de fin de vie. Comme indiqué ci-devant, si vous exprimez d'autres volontés en-dehors de la demande anticipée d'euthanasie sur le formulaire des dispositions de fin de vie, celles-ci ne seront pas enregistrées par la Commission de Contrôle. Pour être sûr qu'elles soient prises en compte, il vaut mieux rédiger une directive anticipée et en informer votre personne de confiance, votre médecin et, le cas échéant, le personnel du CIPA, de l'hôpital, etc.

### 3. Congé d'accompagnement

Saviez-vous que selon la loi vous avez droit à un « congé d'accompagnement » pour rester auprès d'une personne mourante de votre famille proche ?

Vous avez droit à 5 jours (maximum 40 heures) par an et par personne en fin de vie, qui peuvent être répartis selon les besoins des proches.

Vous trouvez les formulaires de demande pour ce congé sous [www.cns.lu](http://www.cns.lu), tél. 27 57-1.

**Informations supplémentaires : voir à la fin de ce document.**

## CONCLUSIONS

Votre directive anticipée et vos dispositions de fin de vie sont des documents dont le but est de respecter votre volonté au cas où vous n'êtes plus en mesure de vous exprimer. Il est important de savoir que tant que vous êtes conscient et capable d'exprimer vos désirs, c'est l'expression de votre volonté qui prime sur votre directive anticipée et vos dispositions de fin de vie.

La directive anticipée est un document dont la valeur juridique est similaire à un testament olographe. Il suffit de l'écrire, de le signer pour qu'il ait valeur légale. Par contre, pour avoir valeur légale, les dispositions de fin de vie doivent être enregistrées auprès de la Commission de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.



# CONSULTATIONS EN RELATION AVEC LA FIN DE VIE

## VOTRE MÉDECIN TRAITANT

**Mäi Wëllen, Mäi Wee** - association pour le droit de mourir dans la dignité Lëtzebuerg

[www.mwmw.lu](http://www.mwmw.lu)

secretaire@mwmw.lu - Tél.: 26 59 04 82

Service consultation : info@mwmw.lu - 621 306406

### **Omega 90**

138, rue Adolphe Fischer

L-1521 Luxembourg

Tél.: 29 77 89 1

E-mail : info@omega90.lu

[www.omega90.lu](http://www.omega90.lu)

### **Fondation Cancer**

209, route d'Arlon

L-1150 Luxembourg

Tél. : 45 30 33 1

E-mail : fondation@cancer.lu

[www.cancer.lu](http://www.cancer.lu)

## INFORMATIONS

### **Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide**

Ministère de la Santé

Allée Marconi/Villa Louvigny

L-2120 Luxembourg

M. Raoul FRANCK (Secrétaire)

Tél.: 247-85626

E-mail: cnce.euthanasie@ms.etat.lu

### **Patienteverriedung**

1b, rue Thomas Edison

L-1445 Strassen

Tél.: 49 14 57-1

Fax.: 49 14 58

[www.patienteverriedung.lu](http://www.patienteverriedung.lu)

### **Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé**

73, rue Adolphe Fischer (4<sup>e</sup> étage)

L-1520 Luxembourg

Tél.: 24 77 55 15

info@mediateursante.lu

[www.mediateursante.lu](http://www.mediateursante.lu)

**Vous pouvez également consulter le Guide des soins palliatifs  
et le guide « L'Euthanasie et l'assistance au suicide » sur [www.sante.lu](http://www.sante.lu)**





