DOC 50 **1488/009**

BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

23 april 2002

WETSONTWERP
betreffende de euthanasie

———

WETSVOORSTEL
betreffende de problemen rond het levenseinde en de toestand van ongeneeslijk zieke patiënten

———

WETSVOORSTEL
op de euthanasie

———

VERSLAG
NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE JUSTITIE
UITGEBRACHT DOOR
DE HEER **Thierry GIET**,
MEVROUW **Annemie VAN DE CASTEELE,**
MEVROUW **Anne BARZIN** EN
MEVROUW **Joke SCHAUVLIEGE**

———

Voorgaande documenten :
DOC 50 **1488/(2001-2002)** :
001 : Wetsontwerp.
002 tot 008 : Amendementen.

DOC 50 **0093/(1999 B.Z.)** :
001 : Wetsvoorstel van de heer Erdman.

DOC 50 **0196/(1999-2000)** :
001 : Wetsvoorstel van de heer Coveliers en mevr. De Block.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE

23 avril 2002

PROJET DE LOI
relatif à l'euthanasie

———

PROPOSITION DE LOI
relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable

———

PROPOSITION DE LOI
relative à l'euthanasie

———

RAPPORT
FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA JUSTICE
PAR
M. **Thierry GIET**,
MME **Annemie VAN DE CASTEELE,**
MME **Anne BARZIN** ET
MME **Joke SCHAUVLIEGE**

———

Documents précédents :
DOC 50 **1488/(2001-2002)** :
001 : Projet de loi.
002 à 008 : Amendements.

DOC 50 **0093/(1999 S.E.)** :
001 : Proposition de loi de M. Erdman.

DOC 50 **0196/(1999-2000)** :
001 : Proposition de loi de M. Coveliers et Mme De Block.

Samenstelling van de commissie op datum van indiening van het verslag /
Composition de la commission à la date du dépôt du rapport :
Voorzitter / Président : Fred Erdman.

A. — **Vaste leden / Membres titulaires**

VLD	Hugo Coveliers, Guy Hove, Fientje Moerman
CVP	Jo Vandeurzen, Tony Van Parys, Servais Verherstraeten.
Agalev-Ecolo	Martine Dardenne, Fauzaya Talhaoui.
PS	Thierry Giet, Karine Lalieux.
MR	Anne Barzin, Jacqueline Herzet.
Vlaams Blok	Bart Laeremans, Bert Schoofs.
SP.A	Fred Erdman.
PSC	Joseph Arens.
VU&ID	Geert Bourgeois.

B. — **Plaatsvervangers / Membres suppléants**

Jacques Germeaux, Stef Goris, Bart Somers, Geert Versnick.
Simonne Creyf, Yves Leterme, Trees Pieters, Joke Schauvliege.
Simonne Leen, Mirella Minne, Géraldine Pelzer-Salandra.
Maurice Dehu, Claude Eerdekens, Yvan Mayeur.
Pierrette Cahay-André, Olivier Maingain, Jacques Simonet.
Gerolf Annemans, Alexandra Colen, Filip De Man.
Els Haegeman, Peter Vanvelthoven.
Joëlle Milquet, Jean-Jacques Viseur.
Karel Van Hoorebeke, Els Van Weert.

C. — **Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative**

Vincent Decroly.

AGALEV-ECOLO	*:*	*Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales*
CD & V	*:*	*Christen Democratisch En Vlaams*
FN	*:*	*Front National*
MR	*:*	*Mouvement Réformateur*
PS	*:*	*Parti socialiste*
PSC	*:*	*Parti social-chrétien*
SP.A	*:*	*Socialistische Partij Anders*
VLAAMS BLOK	*:*	*Vlaams Blok*
VLD	*:*	*Vlaamse Liberalen en Democraten*
VU&ID	*:*	*Volksunie&ID21*

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

DOC 50 0000/000 :	*Parlementair document van de 50e zittingsperiode + nummer en volgnummer*
QRVA :	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*
CRIV :	*Integraal Verslag (op wit papier, bevat de bijlagen en het Beknopt Verslag, met kruisverwijzingen tussen Integraal en Beknopt Verslag)*
CRIV :	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)*
CRABV :	*Beknopt Verslag (op blauw papier)*
PLEN :	*Plenum (witte kaft)*
COM :	*Commissievergadering (beige kaft)*

Abréviations dans la numérotation des publications :

DOC 50 0000/000 :	*Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° et du n° consécutif*
QRVA :	*Questions et Réponses écrites*
CRIV :	*Compte Rendu Intégral (sur papier blanc, avec annexes et CRA, avec renvois entre le CRI et le CRA)*
CRIV :	*Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)*
CRABV :	*Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)*
PLEN :	*Séance plénière (couverture blanche)*
COM :	*Réunion de commission (couverture beige)*

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : alg.zaken@deKamer.be

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : aff.generales@laChambre.be

INHOUDSOPGAVE

	Blz.
I. Procedure	04
II. Uiteenzetting van de minister van Justitie	07
III. Uiteenzetting van de vertegenwoordiger van de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu	14
A. Uiteenzetting	14
B. Gedachtewisseling	15
IV. Algemene bespreking	16
A. Toelichting bij de adviezen van de commissie voor de Volksgezondheid	16
B. Uiteenzettingen van de indieners van de toegevoegde wetsvoorstellen	23
C. Standpunten van de leden	27
D. Uiteenzetting van de heer Goutry over het wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg in te voeren en de palliatieve zorgverlening te verbeteren	92
E. Bespreking	95
F. Antwoorden van de minister en replieken	97
V. Hoorzittingen	106
A. Uiteenzetting van dokter Marc Cosyns	106
B. Uiteenzetting van professor Fernand Van Neste (UFSIA)	110
C. Uiteenzetting van professor Michel Dupuis (UCL, ULG)	113
D. Vragen en opmerkingen van de leden	118
E. Hoorzitting met dokter M. Desmedt : Het standpunt van een klinisch arts	130
F. Uiteenzetting van professor M. Adams, Universiteit Antwerpen (UFSIA)	142
G. Uiteenzetting van professor Herman Nys (KULeuven, Universiteit Maastricht)	151
H. Uiteenzetting van de heer Fernand Keuleneer, advocaat	159
I. Vragen en opmerkingen van de leden	171
VI. Artikelsgewijze bespreking	185
VII. Stemmingen	312
A. Artikelsgewijze stemming	312
B. Stemming over het geheel	321
Bijlage : Advies van de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing	322

SOMMAIRE

	Pages
I. Procédure	04
II. Exposé du ministre de la Justice	07
III. Exposé du représentant du ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement	14
A. Exposé	14
B. Échange de vues	15
IV. Discussion générale	16
A. Commentaires sur les avis de la commission de la Santé publique	16
B. Exposés des auteurs des propositions de loi jointes	23
C. Points de vue des membres	27
D. Exposé de M. Goutry sur la proposition de loi visant à instaurer le droit à l'accès aux soins palliatifs et à améliorer la pratique des soins palliatifs	92
E. Discussion	95
F. Réponses du ministre et répliques	97
V. Auditions	106
A. Exposé du docteur Marc Cosyns	106
B. Exposé du professeur Fernand Van Neste (UFSIA)	110
C. Exposé du professeur Michel Dupuis (UCL, ULG)	113
D. Questions et interventions des membres	118
E. Audition du docteur M. Desmedt : Le regard d'un médecin clinicien	130
F. Exposé du professeur M. Adams, Université d'Anvers (UFSIA)	142
G. Exposé du professeur Herman Nys (KULeuven, Université de Maastricht)	151
H. Exposé de M. Fernand Keuleneer, avocat	159
I. Questions et interventions des membres	171
VI. Discussion des articles	185
VII. Votes	312
A. Vote par article	312
B. Vote sur l'ensemble	321
Annexe : Avis de la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société	322

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp besproken tijdens haar vergaderingen van 23 en 30 januari, 6, 20 et 26 februari, 6, 13, 20 maart en 17 april 2002.

I. — **PROCEDURE**

De commissie heeft beslist om één algemene bespreking te wijden aan de beide door de Senaat overgezonden wetsontwerpen. Deze bespreking handelt dus zowel over het wetsontwerp betreffende de euthanasie (DOC 50 1488/001) en de toegevoegde wetsvoorstellen als over het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg (DOC 50 1489/001) en het toegevoegde wetsvoorstel en voorstel van resolutie. Op het einde van de algemene bespreking werd beslist om het voorstel van resolutie betreffende de uitwerking van een behoeftengestuurd palliatief plan (DOC 50 0192/001) en het wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg in te voeren en de palliatieve zorgverlening te verbeteren (DOC 50 0763/001) niet verder in de commissie voor de Justitie te behandelen. Deze voorstellen werden opnieuw naar de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing verwezen.

Het verslag over de algemene bespreking van beide wetsontwerpen werd uitgebracht door de heer Thierry Giet en mevrouw Annemie Van de Casteele. Mevrouw Anne Barzin en mevrouw Joke Schauvliege werden als rapporteurs aangewezen voor de artikelsgewijze bespreking van het wetsontwerp betreffende de euthanasie, mevrouw Martine Dardenne en de heer Danny Pieters brachten verslag uit over het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg.

Conform de beslissing van de Conferentie van voorzitters d.d. 14 november 2001 hebben de leden van de commissie voor de Volksgezondheid, de besprekingen bijgewoond. Het advies dat deze commissie, vóór de aanvang van de besprekingen in de commissie voor de Justitie heeft uitgebracht, is als bijlage bij dit verslag gevoegd.

*
* *

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) vraagt dat ook de voor Volksgezondheid bevoegde minister tijdens de bespreking van beide wetsontwerpen aanwezig zou zijn.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) steunt die vraag die met recht en reden kan worden gesteld als men weet dat de minister afwezig bleef uit de vergaderingen die de commissie voor de Volksgezondheid aan dat onderwerp heeft gewijd. De spreker vindt het voorts verkieslijk dat de commissie beide wetsontwerpen niet samen zou behandelen, maar zich eerst over het wets-

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné le présent projet de loi au cours de ses réunions des 23 et 30 janvier, 6, 20 et 26 février, 6, 13 et 20 mars et 17 avril 2002.

I. — **PROCÉDURE**

La commission a décidé de consacrer une seule et même discussion générale aux deux projets de loi transmis par le Sénat. Cette discussion porte dès lors tant sur le projet de loi relatif à l'euthanasie (DOC 50 1488/001) et sur les propositions de loi jointes, que sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs (DOC 50 1489/001) et sur les propositions de loi et de résolution jointes. Au terme de la discussion générale, il a été décidé de ne pas poursuivre l'examen, en commission de la Justice, de la proposition de résolution relative au développement d'un plan de soins palliatifs axés sur les besoins du patient (DOC 50 0192/001) et de la proposition de loi visant à instaurer le droit à l'accès aux soins palliatifs et à améliorer la pratique des soins palliatifs (DOC 50 0763/001). Ces propositions ont à nouveau été renvoyées à la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société.

Le rapport relatif à la discussion générale des deux projets de loi précités a été fait par M. Thierry Giet et Mme Annemie Van de Casteele. Mmes Anne Barzin et Joke Schauvliege ont été désignées comme rapporteuses pour la discussion des articles du projet de loi relatif à l'euthanasie, Mme Martine Dardenne et M. Danny Pieters ont fait rapport sur celle du projet de loi relatif aux soins palliatifs.

Conformément à la décision de la Conférence des présidents du 14 novembre 2001, les membres de la commission de la Santé publique ont assisté aux discussions. L'avis rendu par cette dernière, avant le début des discussions en commission de la Justice, est annexé au présent rapport.

*
* *

Mme Joke Schauvliege (VLD) demande que le ministre chargé de la Santé publique soit également présent lors de l'examen des deux projets de loi.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) soutient cette demande, d'autant plus que le ministre n'a pas assisté aux séances consacrées à ce sujet en commission de la santé publique. L'intervenant estime par ailleurs préférable que la commission n'examine pas les deux projets ensemble, mais se prononce d'abord sur le projet relatif aux soins palliatifs, étant donné le consensus qui existe

ontwerp betreffende de palliatieve zorg zou uitspreken : over de noodzaak om daarover in wetgeving te voorzien, bestaat namelijk een consensus. Nadien kan — na het inbouwen van een reflectieperiode over dat thema — het wetsontwerp betreffende de euthanasie aan bod komen. Het ware immers aangewezen in de commissie voor de Justitie een aantal bijkomende hoorzittingen te houden, teneinde ook personen te horen die kritisch staan tegenover de wetsontwerpen. Het zou namelijk onaanvaardbaar zijn dat in die ontwerpen nog enige ambivalentie of leemte zou voorkomen.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) is van mening dat het verstandig ware geweest dat de commissie voor de Volksgezondheid de wetsontwerpen betreffende de euthanasie en de palliatieve zorg niet alleen besproken had, maar daarover ook had gestemd. De commissie voor de Justitie zal hoe dan ook kennis moeten nemen van het door de commissie voor de Volksgezondheid uitgebrachte advies, alsook van het beknopt verslag van de debatten die daarover in die commissie hebben plaatsgevonden. Voorts is het wenselijk de besprekingen van de twee wetsontwerpen duidelijk van elkaar te onderscheiden.

De heer Luc Goutry (CD&V) deelt die zienswijze volkomen. Hij gaat ervan uit dat het weliswaar logisch is dat de commissie voor de Justitie bevoegd is voor het — zeer technische — ontwerp betreffende de euthanasie, maar zulks had niet mogen gelden voor het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg, dat betrekking heeft op een volstrekt medische aangelegenheid. Hoe het ook zij, de minister van Volksgezondheid zal zowel bij de algemene als bij de artikelsgewijze bespreking die in het raam van de debatten in de commissie voor de Justitie zullen plaatsvinden, gehoord moeten kunnen worden. Ook zullen, naast het verslag van de algemene bespreking, twee afzonderlijke verslagen van de artikelsgewijze besprekingen van de wetsontwerpen dienen te worden opgesteld.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) is van mening dat een gemengde commissie Justitie-Volksgezondheid beter in staat geweest ware beide wetsontwerpen te behandelen. De spreekster preciseert voorts dat de minister van Volksgezondheid haar plan inzake palliatieve zorg in de commissie voor de Volksgezondheid is komen toelichten. Nadien werd zij niet meer in de commissie uitgenodigd, wat wellicht te maken heeft met het feit dat aan de ter bespreking voorliggende teksten een parlementair initiatief ten grondslag ligt.

Volgens *de heer Hugo Coveliers (VLD)* is de aanwezigheid van de ministers — vooraal omdat het *in casu* op parlementair initiatief ingediende teksten betreft — niet vereist voor het geheel van de debatten. Voorts zij geconstateerd dat beide wetsontwerpen belangrijke juridische implicaties hebben (zo brengt het wetsontwerp betreffende de euthanasie een aantal wijzigingen in het

vis-à-vis de la nécessité de légiférer en cette matière. Le projet de loi sur l'euthanasie pourrait être examiné ensuite, à l'issue d'un délai de réflexion. Il serait enfin indiqué que des auditions supplémentaires aient lieu en commission de la Justice, afin que puissent également être entendues des personnes critiques à l'égard des projets. Il serait en effet inacceptable que subsistent dans ceux-ci des ambiguïtés ou des lacunes.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) estime qu'il aurait été judicieux que la commission de la Santé publique non seulement débattît, mais aussi se prononçât par un vote sur les projets de loi relatifs à l'euthanasie et aux soins palliatifs. La commission de la Justice devra en tous les cas prendre note de l'avis formulé par la commission de la Santé publique, de même que du rapport résumant les débats qui s'y sont tenus. Il est par ailleurs souhaitable que les discussions concernant les deux projets de loi soient distinctes l'une de l'autre.

M. Luc Goutry (CD&V) abonde en ce sens, et considère que s'il est logique que la commission de la Justice soit compétente pour le projet de loi, fort technique, concernant l'euthanasie, il n'aurait pas dû en être de même pour celui relatif aux soins palliatifs, qui vise une matière faisant partie intégrante de la médecine. Quoi qu'il en soit, il faudra que le ministre de la Santé publique puisse être entendu au cours des débats en commission de la Justice, tant lors de la discussion générale que lors de la discussion par articles. Il faudra aussi que soient rédigés, parallèlement au rapport sur la discussion générale, deux rapports distincts sur les discussions par articles des projets de loi.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) est d'avis qu'une commission mixte Justice-Santé publique eût été plus à même de traiter de ces deux projets. L'intervenant précise par ailleurs que le ministre de la Santé publique est venu présenter son plan relatif aux soins palliatifs en commission de la Santé publique. Par la suite, elle n'a plus été invitée en commission, sans doute parce que les textes en discussion sont issus d'une initiative parlementaire.

M. Hugo Coveliers (VLD) considère que la présence des ministres n'est pas requise pour l'ensemble des débats, d'autant plus qu'il s'agit de textes issus d'une initiative parlementaire. Il faut par ailleurs constater que les deux projets ont d'importants aspects juridiques (le projet sur l'euthanasie comporte par exemple des modifications du Code pénal), ce qui explique que la com-

Strafwetboek aan), wat verklaart dat de commissie voor de Justitie ze in bespreking neemt. Een en ander doet niets af aan de waarde van het werk dat de commissie voor de Volksgezondheid heeft geleverd en dat voorts nauwgezet door de leden van de commissie voor de Justitie zal worden bekeken.

De heer Daniel Bacquelaine (MR) wijst erop dat het absoluut noodzakelijk was het advies van de commissie voor de Volksgezondheid in te winnen. Hij stelt tevens dat de wetsontwerpen weliswaar met de vereiste aandacht behoren te worden besproken, maar dat het ook zaak is tijdverlies te voorkomen.

De heer Joseph Arens (PSC) is van mening dat, ook al ligt het in de bedoeling de wetsontwerpen nog vóór het zomerreces in plenaire vergadering goed te keuren, zulks niet belet dat men de leden de nodige tijd moet gunnen om daarover te debatteren en zich in de ter bespreking voorgelegde themata te verdiepen. Het ware voorts nuttig in de commissie voor de Justitie personen te horen die tot dusver nog niet werden gehoord.

Voorzitter Fred Erdman (SP.A), wijst erop dat het niet in de bedoeling ligt het werk dat tijdens de besprekingen van de teksten in de Senaat werd verricht, nog eens over te doen. Niettemin spreekt het voor zich dat alle aspecten in verband met die problematiek van ethische, morele, technische en politieke aard, in aanmerking zullen worden genomen. Bijgevolg zal het de commissie voor de Justitie toekomen haar werkzaamheden te regelen en bijvoorbeeld te beslissen of zij, na afloop van de algemene bespreking, alsnog bepaalde personen wenst te horen. De minister van Volksgezondheid zal voorts worden verzocht om haar standpunt over de wetsontwerpen toe te lichten. Het is evenwel zeer belangrijk het vooropgestelde tijdschema aan te houden want, sinds de teksten in de Senaat bij stemming werden goedgekeurd, leeft bij een groot deel van de bevolking de overtuiging dat de wet bestaat en van toepassing is.

mission de la Justice les examine. Ce fait n'enlève rien à la valeur du travail accompli en commission de la Santé publique, travail qui sera attentivement examiné par les membres de la commission de la Justice.

M. Daniel Bacquelaine (MR) note que l'avis de la commission de la Santé publique était absolument nécessaire. Il rappelle aussi que si les projets de loi doivent être examinés avec l'attention requise, il s'impose également de ne pas perdre de temps.

M. Joseph Arens (PSC) pense que même s'il est prévu que les projets seront votés en séance plénière avant les vacances parlementaires d'été, il faut laisser aux membres le temps de s'exprimer et d'approfondir les thèmes soumis à la discussion. Il serait par ailleurs utile d'écouter en commission de la Justice des personnes n'ayant pas encore été entendues.

M. Fred Erdman (SP.A), président, rappelle que l'objectif n'est pas de refaire le travail déjà accompli lors de l'examen des textes au Sénat. Ceci étant, il est évident que tous les éléments relatifs à cette problématique de nature éthique, morale, technique et politique seront pris en compte. Il appartiendra par conséquent à la commission de la Justice d'organiser ses travaux et, par exemple de décider si, à l'issue de la discussion générale, elle désire entendre certaines personnes. Il sera par ailleurs demandé au ministre de la Santé publique d'exposer son point de vue sur les projets. Il est néanmoins très important de respecter le calendrier prévu, car, depuis que les textes ont été votés au Sénat, une grande partie de la population est convaincue que la loi existe et est d'application.

II. — UITEENZETTING VAN DE HEER MARC VERWILGHEN, MINISTER VAN JUSTITIE

Vandaag staat in de commissie Justitie van de Kamer van volksvertegenwoordigers opnieuw een belangrijk debat op de agenda. Sedert 1984 hebben parlementsleden gepoogd om, via het indienen van resoluties en wetsvoorstellen, de mogelijkheden om lijdende mensen op een waardige manier te laten sterven, bespreekbaar te maken in het Parlement.

Tijdens de vorige legislatuur hoorde de Senaat tijdens een tweedaagse vergadering de visie van verschillende leden van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek en konden de politieke fracties hun visie op levensbeëindigend handelen verwoorden. Verschillende partijen dienden daarna wetsvoorstellen in bij Kamer en Senaat, maar ze werden niet in overweging genomen. Bij het begin van de huidige legislatuur werden weer diverse wetsvoorstellen ingediend. Sommige ervan werden samengebundeld tot meerderheidsvoorstellen, omdat er grote parallellen en eensluidende visies in terug te vinden waren. Ze werden in het najaar van 1999 op de agenda van de verenigde commissies voor de Justitie en voor de Sociale Aangelegenheden van de Senaat geplaatst. Het feit dat het debat over deze problematiek in eerste instantie aan de Senaat werd toevertrouwd, hield de verwachting in dat de besprekingen, zonder de tegenstellingen te ontkennen, worden gevoerd op een zakelijke en serene wijze, waarbij iedereen zijn argumenten naar voor kon brengen en er naar die argumenten ook wordt geluisterd. Het hield de verwachting in dat het gesprek niet werd gevoerd op basis van partijpolitieke stellingnamen.

De Senaat is daarin geslaagd. Het is echter van meetaf duidelijk geweest dat de minister van Justitie zich niet in het parlementaire debat zou mengen. De uitvoerende macht hoeft immers geen ethische knopen door te hakken en ze zal dat ook nooit doen. Het regeerakkoord is daarover trouwens glashelder.

De minister van Justitie geeft vervolgens een algemeen overzicht van de inhoud van dit wetsontwerp.

Definitie

Onder euthanasie moet worden verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.

Wie komt in aanmerking ?

Alle handelingsbekwame meerderjarigen of ontvoogde minderjarigen.

II. — EXPOSÉ DE M. MARC VERWILGHEN, MINISTRE DE LA JUSTICE

Un nouveau débat important est inscrit aujourd'hui à l'ordre du jour de la commission de la Justice de la Chambre des représentants. Depuis 1984, plusieurs parlementaires ont tenté, par la voie de résolutions et de propositions de loi, de faire examiner, par le parlement, les possibilités permettant aux personnes souffrantes de mourir dignement.

Au cours de la législature précédente, une réunion de deux jours a permis à différents membres du Comité consultatif de bioéthique ainsi qu'aux groupes politiques d'exprimer leur vision quant à la manière d'appréhender la fin de vie. Plusieurs partis ont ensuite déposé des propositions de loi à la Chambre et au Sénat, mais celles-ci n'ont pas été prises en considération. Diverses propositions de loi ont à nouveau été déposées au début de la législature actuelle. Certaines d'entre elles, présentant des parallélismes importants ainsi que des convergences philosophiques, ont été fusionnées pour devenir des propositions de la majorité. Elles ont été mises à l'ordre du jour des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat à l'automne 1999. Si le débat consacré à cette problématique a été confié tout d'abord au Sénat, c'est dans l'espoir que les discussions, sans méconnaître les oppositions, soient menées de façon rationnelle et sereine et offrent à chacun l'opportunité de faire valoir ses arguments et d'être effectivement entendu. L'espoir était que le débat ne soit pas mené sur fond de prises de position partisanes.

Le Sénat y est parvenu. Toutefois il a été clair dès le départ que le ministre de la Justice ne devait pas s'immiscer dans le débat parlementaire. Il n'appartient pas au pouvoir exécutif de résoudre des questions d'éthique. Et il n'en sera autrement ni aujourd'hui ni demain. L'accord gouvernemental est d'ailleurs très clair sur ce point.

Le ministre de la Justice donne ensuite une vue globale du contenu du présent projet de loi.

Définition

Il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celui-ci.

Quelles sont les personnes qui entrent en ligne de compte ?

Tout majeur ou mineur émancipé capable.

Verzoek om euthanasie

Iemand kan :

A) voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft :
— dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

— hij niet meer bij bewustzijn is;
— en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

In de wilsverklaring kunnen een of meer meerderjarige vertrouwenspersonen (met uitzondering van de behandeld arts, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team), in volgorde van voorkeur aangewezen worden, die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt.

De wilsverklaring kan op elk moment worden opgesteld. Ze moet schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen en moet gedateerd en ondertekend worden.
Indien de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen, kan een meerderjarige persoon (die geen materieel belang heeft) zijn verzoek opstellen ten overstaan van twee meerderjarige getuigen. De wilsverklaring moet gedateerd en ondertekend worden en er moet een medisch getuigschrift worden bijgevoegd.
Met de wilsverklaring kan alleen rekening gehouden worden indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.
De Koning bepaalt hoe de wilsverklaring wordt opgesteld, geregistreerd en herbevestigd of ingetrokken en via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld.
Wat de personen betreft die geen levenstestament hebben, verwijs ik hier naar het punt dat betrekking heeft op het Strafwetboek en naar de zorgvuldigheidscriteria (die betrekking hebben op de procedure voor terminale en niet-terminale patiënten die een verzoek om euthanasie formuleren).

Herroeping

De wilsverklaring kan op elk moment worden aangepast of ingetrokken.

Demande d'euthanasie

La personne peut :

A) pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique l'euthanasie si ce médecin constate :
— que la personne est atteinte d'une affection grave et incurable, consécutive à une maladie ou à un accident;
— que la personne n'est plus consciente;
— et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

La déclaration anticipée peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures (á l'exception du médecin traitant, du médecin consulté et des membres de l'équipe soignante), classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient.

La déclaration peut être faite à tout moment. Celle-ci doit être constatée par écrit + deux témoins majeurs + datée et signée.

Si la personne qui souhaite effectuer une déclaration anticipée est physiquement dans l'impossibilité de le faire, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne de son choix (sans intérêt matériel) + deux témoins majeurs + datée et signée + une attestation médicale.

La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.
En ce qui concerne les personnes qui ne disposent pas d'un testament biologique, je vous renvoie ici au point relatif au Code pénal et aux critères de prudence (qui traite de la procédure pour les patients en phase terminale et non terminale qui formulent une demande d'euthanasie).

Révocation

La déclaration de volonté peut être retirée ou adaptée à tout moment.

Opvolging

De arts die euthanasie toepast, ingevolge een wilsverklaring pleegt geen misdrijf indien deze arts er zich van verzekerd heeft dat de patiënt :

— lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

— hij niet meer bij bewustzijn is;

— en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

De arts moet vooraf :

1° een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt. De geraadpleegde arts onderzoekt de patiënt (+ verslag),

+ inlichten eventuele vertrouwenspersoon

+ deze arts moet onafhankelijk zijn ten aanzien van de patiënt en de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;

2° indien er een verplegend team is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, de inhoud van de wilsverklaring bespreken;

3° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;

4° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

Medisch dossier

De wilsverklaring, alsook alle handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het verslag van de geraadpleegde arts, worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

Weigering

Het verzoek en de wilsverklaring hebben geen dwingende waarde.

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen, niemand kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie.

Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend.

De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt mee-

Suivi

Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite d'une déclaration anticipée ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

— est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

— est inconscient;

— et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Le médecin doit préalablement :

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient (+ rapport)

+ informer la personne de confiance

+ le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée;

3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;

4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée.

Dossier médical

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Refus

La demande et la déclaration anticipée de volonté n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie, aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier

delen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.

Aard van het overlijden

Een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven wat betreft de uitvoering van de overeenkomsten waarbij hij partij was, en met name de verzekeringsovereenkomsten.

Het wetsontwerp bepaalt het volgende zonder opname in het Strafwetboek

De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

— de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;

— het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;

— de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan worden gelenigd, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

De arts moet vooraf en in alle gevallen :

1° de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. Hij moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid;

2° zich verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek.

Daartoe voert hij met de patiënt meerdere gesprekken die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;

3° een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening.

Deze arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan worden gelenigd (+ verslag).

Deze arts moet onafhankelijk zijn ten aanzien van de patiënt en de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;

médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

Nature du décès

La personne décédée à la suite d'une euthanasie est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Le projet de loi prévoit les dispositions suivantes, sans les insérer dans le Code pénal

Le médecin qui pratique l'euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

— le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;

— la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;

— 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, préalablement et dans tous les cas, :

1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire;

2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée.

À cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection.

Ce médecin prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique (+ rapport).

Ce médecin doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant, et être compétent quant à la pathologie concernée;

4° indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt bespreken met het team of leden van dat team;

5° indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst;

6° zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.

Indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien :

1° een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.

De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan worden gelenigd, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek + verslag + onafhankelijk ten aanzien van de patiënt, de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts;

2° minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

Het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.

Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren en geeft de redenen waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in het bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document. Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd.

De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven.

Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument aan de federale controle- en evaluatiecommissie.

Het registratiedocument bestaat uit twee onderdelen. Het eerste moet door de arts worden verzegeld. Het bevat gegevens zoals de naam, de voornamen en de

4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci;

5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;

6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

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;

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

La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel 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 médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

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

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

Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement, dûment complété, à la commission fédérale de contrôle et d'évaluation.

Le document d'enregistrement est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient des données telles que les nom, prénoms et

woonplaats van de patiënt, de naam, de voornamen, het RIZIV-registratienummer en de woonplaats van de behandelende arts, enz.

Dit eerste onderdeel is confidentieel en wordt door de arts toegezonden aan de commissie. Het kan pas worden geraadpleegd na een beslissing van de commissie, en mag in geen geval dienen als grondslag voor de evaluatie die de commissie zich tot taak heeft gesteld.

Het tweede onderdeel is eveneens vertrouwelijk en bevat gegevens zoals het geslacht, de geboortedatum en -plaats van de patiënt, de dag, de plaats en het uur van overlijden, met vermelding van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan hij lijdt. Voorts bevat het commentaar betreffende de persoon die euthanasie heeft toegepast en de wijze waarop zulks is geschied.

De Federale Controle- en Evaluatiecommissie

De commissie bestaat uit zestien leden (acht onder hen zijn doctors in de geneeskunde, van wie op hun beurt tenminste vier professoren bij een Belgische universiteit; vier zijn professor in de rechten of advocaat, en vier komen uit milieus belast met de verzorging van ongeneeslijk zieke patiënten).

De hoedanigheid van commissielid is niet verenigbaar met het mandaat van lid van een van de wetgevende assemblees, noch met dat van regeringslid.

Taalpariteit en pluralistische vertegenwoordiging

Deze wordt bepaald bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op een door de Senaat ingediende lijst in dubbeltal, voor een hernieuwbare termijn van vier jaar.

Procedure

De commissie onderzoekt het registratiedocument. Zij gaat op grond van het tweede onderdeel daarvan na of de euthanasie is verricht onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in de wet. In geval van twijfel kan de commissie bij gewone meerderheid beslissen de anonimiteit op te heffen. Vervolgens neemt zij kennis van het eerste onderdeel van het registratiedocument.

De commissie spreekt zich uit binnen een termijn van twee maanden.

Wanneer de commissie bij tweederde meerderheid oordeelt dat de in deze wet gestelde voorwaarden niet in acht zijn genomen, zendt zij het dossier toe aan de procureur des Konings die bevoegd is voor de plaats van overlijden van de patiënt.

De commissie stelt voor het eerst binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet en vervolgens om

domicile du patient, les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant, etc.

Ce premier volet est confidentiel et est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient des données telles que le sexe et les date et lieu de naissance du patient; la date, le lieu et l'heure du décès; la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient et les commentaires sur la base desquels l'euthanasie a été pratiquée par telle personne et de telle manière.

La commission fédérale de contrôle et d'évaluation

La commission se compose de seize membres (8 membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge, 4 membres sont professeurs de droit ou avocats et 4 membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable).

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement.

Parité linguistique et représentation pluraliste

Fixée par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans.

Procédure

La commission examine le document d'enregistrement. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement.

La commission se prononce dans un délai de deux mois.

Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

La commission établit á l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée

de twee jaar de volgende stukken op ten behoeve van de wetgevende Kamers :

— een statistisch verslag;

— een verslag met daarin een beschrijving en evaluatie van de toepassing van deze wet;

— in voorkomend geval, een aantal aanbevelingen.

Thans moet de commissie de eventuele punten van onenigheid onderzoeken :

Zonder enig politiek advies te willen uitbrengen over de inhoud wens ik enkele punten ter sprake te brengen.

1. In welke mate is euthanasie mogelijk bij een niet-terminale patiënt ?

2. In welke mate moet de arts zijn weigering om euthanasie toe te passen met redenen omkleden ?

3. Hoe kunnen kwalijke gevolgen voor de levensverzekering worden voorkomen wanneer euthanasie voor niet-terminale patiënten uit het strafrecht wordt gehaald ?

4. Is het wenselijk de strafwet te wijzigen of niet ?

5. Is het nodig een palliatief filter in te voeren of niet ?

Een en ander is slechts een niet-beperkende opsomming van de mogelijke inhoudelijke meningsverschillen die al dan niet opnieuw op de agenda zullen worden geplaatst.

De minister acht zich niet bevoegd om antwoorden op die vragen te verstrekken. Maar hij verheugt zich op een diepgaand debat over die materie.

en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans :

— un rapport statistique;

— un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;

— le cas échéant, des recommandations.

Il appartient maintenant à cette commission d'examiner les nœuds de discorde éventuels :

Sans vouloir émettre d'avis politique sur le plan du contenu, j'aimerais néanmoins préciser quelques points.

1. Dans quelle mesure l'euthanasie est-elle possible pour un patient en phase non terminale ?

2. Dans quelle mesure le médecin doit-il motiver sa décision de refus de pratiquer l'euthanasie ?

3. Comment éviter que la dépénalisation de l'euthanasie pour des patients qui ne sont pas en phase terminale, n'ait des conséquences fâcheuses au niveau de l'assurance-vie ?

4. Convient-il ou non de modifier la loi pénale ?

5. L'introduction d'un filtre palliatif est-elle nécessaire ou non ?

Ceci n'est qu'une énumération non limitative des divergences d'opinion possibles sur le plan du contenu qui figureront ou non à nouveau à l'ordre du jour.

Le ministre estime qu'il ne lui appartient pas de formuler des réponses à ces questions. Mais il se réjouit d'un débat en profondeur en la matière.

III. — UITEENZETTING VAN DE VERTEGENWOORDIGER VAN DE MINISTER VAN CONSUMENTENZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

A. UITEENZETTING

De vertegenwoordiger van de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, mevrouw Magda Aelvoet, meldt dat de minister geen standpunt inneemt over het ontwerp betreffende de palliatieve zorg (DOC 50 1489/001). Hij verwijst naar de regeringsverklaring, die stelt dat de regering zich niet inlaat met ethische thema's; voor die thema's kan het Parlement vrij initiatieven nemen.

Dit enigszins terughoudende uitgangspunt van de regering belet niet dat de minister van Volksgezondheid en de minister van Sociale Zaken in het domein van palliatieve zorg reeds bepaalde maatregelen hebben genomen, waarvoor in de begroting ook al middelen werden uitgetrokken :

1) Maatregelen tot verbetering van de palliatieve verzorging werden zowel in de sector van de thuiszorg als in de sector van de intramurale zorg genomen.

2) De supportfunctie in algemene ziekenhuizen werd versterkt : meer bedden worden voorbehouden aan patiënten die palliatieve verzorging behoeven en bijkomende mensen worden aangeworven, met name om de psychologische, emotionele en morele opvang te verzekeren.

3) In de verpleegafdelingen voor palliatieve zorg werd in 360 bedden voorzien. De regering wenst een algemene cultuur van zorg bij het levenseinde ingang te doen vinden en voerde een verbeterd honorariumforfait voor palliatieve zorg in.

4) De RVT's (Rust- en Verzorgingstehuizen) en de ROB's (Rustoorden voor Bejaarden) ontvingen extra financiering voor de vorming van hun personeel. De regering heeft in de begroting voor 2002 uit besparingsoverwegingen de datum van de toekenning van die middelen verlaat, maar dit belet niet dat de RVT- en ROB-sector in de begroting van 2003 weer voldoende aan bod dienen te komen.

5) Zowel de procedure als de middelen voor de erkenning en de financiering van palliatieve zorg zijn een feit.

De spreker meldt dat de intentie van het Parlement om jaarlijks de praktijk van palliatieve verzorging te evalueren de goedkeuring van de minister wegdraagt. Om een correcte evaluatie mogelijk te maken, zal de minister het Parlement tijdig alle nuttige informatie bezorgen. Hij wijst ook op het belang van het voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt, dat in de commissie voor de Volksgezondheid zal behandeld worden. De tekst van dat voorontwerp bepaalt onder meer dat

III. — EXPOSÉ DU REPRÉSENTANT DE LA MINISTRE DE LA PROTECTION DE LA CONSOMMATION, DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

A. EXPOSÉ

Le représentant de la ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, Mme Magda Aelvoet, indique que la ministre ne prend pas position sur le projet relatif aux soins palliatifs (DOC 50 1489/001) et renvoie à la déclaration gouvernementale, qui prévoit que le gouvernement n'interviendra pas dans les questions éthiques, le Parlement étant libre de prendre des initiatives en la matière.

Cette retenue relative de la part du gouvernement n'a toutefois pas empêché la ministre de la Santé publique et son collègue des Affaires sociales de prendre un certain nombre de mesures dans le domaine des soins palliatifs, et de prévoir des moyens budgétaire en vue de leur financement :

1) Des mesures ont été prises afin d'améliorer les soins palliatifs, tant dans le secteur des soins à domicile que dans celui des soins *intra muros*.

2) La fonction de soutien a été renforcée dans les hôpitaux généraux : le nombre de lits réservés aux patients nécessitant des soins palliatifs a augmenté, et du personnel supplémentaire a été engagé, notamment afin d'assurer l'accueil psychologique, émotionnel et moral des patients.

3) 360 lits ont été prévus dans les unités de soins palliatifs. Le gouvernement souhaite mettre en place une culture générale des soins de fin de vie, et il a instauré un système d'honoraires forfaitaires pour les soins palliatifs.

4) Les MRS (maisons de repos et de soins) et les MRPA (maisons de repos pour personnes âgées) ont reçu des moyens financiers supplémentaires en vue de former leur personnel. Si, dans le budget 2002, le gouvernement a postposé la date d'octroi de ces moyens afin de réaliser des économies, il faudra à nouveau prévoir des crédits suffisants, dans le budget 2003, pour le secteur des MRS et des MRPA.

5) Tant la procédure que les moyens relatifs à la reconnaissance et au financement des soins palliatifs sont acquis.

L'intervenant indique que la ministre approuve l'intention du parlement d'évaluer chaque année la manière dont fonctionnent les soins palliatifs. La ministre fournira en temps utile au parlement toutes les informations nécessaires à une évaluation correcte. L'intervenant souligne par ailleurs l'importance de l'avant-projet de loi relatif aux droits du patient, qui sera examiné en commission de la Santé publique. Le texte de l'avant-projet dispose entre autres que l'accompagnement d'un pa-

de begeleiding van een patiënt bij zijn sterven één van de opdrachten van de gezondheidszorg is.

B. GEDACHTEWISSELING

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) merkt op dat al enkele maanden geleden in het Parlement hoorzittingen over patiëntenrechten gehouden werden. Zij wil graag vernemen wanneer het wetsontwerp bij de Kamer zal worden ingediend.

De vertegenwoordiger van de minister antwoordt dat al een belangrijk stuk van de weg werd afgelegd.

De heer Luc Goutry (CD&V) is van oordeel dat de onderlinge verhouding tussen de wetsontwerpen betreffende euthanasie, palliatieve verzorging en patiëntenrechten moet bestudeerd worden. Hij verdedigt de optie om één wet betreffende de patiëntenrechten goed te keuren, waarna die wet van toepassing kan worden gemaakt op specifieke domeinen.

De vertegenwoordiger van de minister stelt dat over die mogelijkheid is nagedacht binnen het kabinet van de minister van Volksgezondheid. Er werd niet gekozen voor één wet, maar bij de formulering van onder meer de inhoud van het recht op informatie is rekening gehouden met de noodzaak van de eenheid van wetgeving. De verschillende ontwerpen zijn in elk geval belangrijke handvesten van de samenleving.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) deelt de opvatting van professor Marc Cosyns (zie hoorzittingen, V) dat wetgeving met betrekking tot euthanasie en palliatieve verzorging best ingeschreven wordt in wetgeving over patiëntenrechten. Bedoelt de minister met de formulering « handvesten van de samenleving » dat ze de ontwerpen als symboolwetgeving beschouwt ?

De vertegenwoordiger van de minister beantwoordt de laatste vraag ontkennend. De ontwerpen handelen over belangrijke waarden in de samenleving en hebben meer dan een signaalfunctie.

tient en fin de vie constitue l'une des missions des soins de santé.

B. ÉCHANGE DE VUES

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) fait observer qu'il y a quelques mois déjà, des auditions sur les droits des patients ont été organisées au parlement. Elle aimerait savoir quand le projet de loi sera déposé à la Chambre.

Le représentant de la ministre répond qu'une grande partie du travail a déjà été accomplie.

M. Luc Goutry (CD&V) estime qu'il convient d'examiner les liens entre les projets de loi relatifs à l'euthanasie, aux soins palliatifs et aux droits des patients. Il préconise d'adopter une seule et unique loi concernant les droits des patients, que l'on pourrait ensuite appliquer à des domaines spécifiques.

Le représentant de la ministre indique que cette éventualité a été envisagée au sein du cabinet de la ministre de la Santé publique, mais qu'elle n'a pas été retenue. Il a cependant été tenu compte de la nécessité de garantir l'unité de la législation notamment dans la formulation du droit à l'information. Les différents projets constituent en tout état de cause d'importantes chartes de la société.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) partage l'opinion du professeur Marc Cosyns (voir auditions, V). Il estime en effet qu'il serait préférable d'incorporer la législation relative à l'euthanasie et aux soins palliatifs dans la législation sur les droits du patient. Faut-il comprendre que l'emploi des termes « chartes de la société » signifie que la ministre considère ces projets de loi comme ayant valeur de symboles ?

Le représentant de la ministre répond par la négative à cette dernière question. Les projets, qui traitent de valeurs importantes au sein de la société, font plus que traduire un message.

IV. — **ALGEMENE BESPREKING**

A. TOELICHTING BIJ HET ADVIES VAN DE COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID

De heer Vande Walle (CD&V) deelt mee dat de leden van de commissie Volksgezondheid meermaals hun teleurstelling hebben geuit over het feit dat de conferentie van de voorzitters hun de bevoegdheid heeft ontnomen om de bespreking over het wetsontwerp inzake palliatieve zorg te voeren. De leden begrijpen niet dat hun rol werd beperkt tot het verlenen van een advies waar het om een ontwerp gaat dat essentieel en uitsluitend betrekking heeft op zorgverstrekking.

Aangaande de procedure : de commissie heeft voorafgaand aan de bespreking enkele deskundigen op het vlak van de palliatieve zorgverlening gehoord.

Algemeen waren de deskundigen het erover eens dat :

— niettegenstaande er op het terrein reeds één en ander wordt gepresteerd qua palliatieve zorg, er zeker nog betere structuren (zowel intra- als extramuraal) en meer financiële middelen nodig zijn en vooral ook veel betere en gerichte sensibilisering;

— de palliatieve filter maximaal dient te worden benut voor euthanasie ter sprake kan komen. Palliatieve zorg heeft immers als belangrijkste doel de zieke en zijn naaste een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden;

— er in de artsenopleiding veel meer tijd en aandacht moet worden besteed aan palliatieve zorg als een essentieel onderdeel van de opleiding. Palliatieve zorg dient een « totaalzorg » te zijn.

De spreker vervolgt dat professor Bart Van den Eynden enkele zeer fundamentele bemerkingen formuleerde op de tekst van het ontwerp. Hij wees op de belangrijke discrepantie tussen de werkelijkheid en het wetsontwerp; hij stelde dat het ontwerp dermate vaag en bondig is dat het niet alleen de indruk wekt alsof er nog niets is gerealiseerd op het terrein maar dat het ook « meer weg heeft van een nieuwjaarsbrief waarin onze kinderen alle jaren beloven hoe braaf ze wel zullen zijn ». Dit werd bevestigd door de heer Rondal van de Waalse vereniging van palliatieve zorg, die zei dat « het ontwerp eerder filosofisch dan concreet van aard is ».

Volgens professor Van den Eynden is bovendien de definitie die het ontwerp van palliatieve zorg geeft, te beperkt. Hij benadrukt dat palliatieve zorg niet voorbehouden is tot de allerlaatste fase van het leven. Dit werd, op een latere hoorzitting bevestigd door de heer Distelmans. Deze stelling leidde tot een uitgebreide maar open discussie tussen de commissieleden, en mondde na-

IV. — **DISCUSSION GÉNÉRALE**

A. COMMENTAIRES SUR L'AVIS DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

M. Vande Walle (CD&V) indique que les membres de la commission de la Santé publique ont maintes fois déploré que la Conférence des présidents leur ait ôté la compétence d'examiner le projet de loi relatif aux soins palliatifs. Ils ne comprennent pas que leur rôle se borne à rendre un avis alors qu'il s'agit d'un projet qui porte essentiellement et exclusivement sur les soins de santé.

Quant à la procédure : préalablement aux discussions, la commission a entendu un certain nombre de spécialistes en matière de soins palliatifs.

Ces spécialistes se sont accordés, d'une manière générale, sur les points suivants :

— si, sur le terrain, certaines prestations sont déjà proposées en matière de soins palliatifs, il faut incontestablement mettre en place des structures (*intra-* et *extra muros*) de meilleure qualité, y consacrer des moyens financiers supplémentaires, mais surtout mieux sensibiliser les intéressés, et ce, d'une manière plus adéquate;

— la phase des soins palliatifs doit être exploitée autant que possible avant que ne soit envisagée la possibilité de procéder à une euthanasie. Les soins palliatifs visent en effet essentiellement à offrir au malade et à ses proches une qualité de vie et une autonomie optimales;

— il faudrait consacrer beaucoup plus de temps et d'attention aux soins palliatifs dans le cadre des études de médecine, et ce, afin que ces soins deviennent un élément essentiel de la formation des médecins.

L'intervenant poursuit en précisant que le professeur Bart Van den Eynden a formulé quelques observations fondamentales sur le texte du projet. Il a souligné le grand décalage entre la réalité et le projet de loi qui, à ses yeux, est à ce point vague et succinct que non seulement, il donne l'impression que rien n'a encore été accompli sur le terrain, mais qu'en plus, « il ressemble davantage à une carte de vœux dans laquelle les enfants promettent chaque année d'être bien sages ». M. Rondal, de l'Association wallonne des soins palliatifs, a abondé en ce sens, qualifiant le projet de « plus philosophique que concret ».

Le professeur Van den Eynden précise en outre qu'à son sens, la définition des soins palliatifs que donne le projet est trop limitée. Il souligne que les soins palliatifs ne sont pas réservés à la phase terminale, propos corroborés par M. Distelmans lors d'une audition ultérieure. Ce constat a donné lieu à un large débat entre les membres de la commission et a débouché sur une recom-

dien uit in de unanieme aanbeveling dat palliatieve zorg niet strikt kan worden gelimiteerd tot het levenseinde.

De commissie wijdde 3 volle dagen aan de bespreking van het ontwerp palliatieve zorg. In aanvang was er tussen de verschillende politieke fracties ook een duidelijk verschillende houding ten aanzien van de behandeling van het wetsontwerp.

Sommige meerderheidspartijen vonden het niet nodig om dieper op het ontwerp in te gaan, andere partijen zagen wel de noodzaak in van een discussie ten gronde, met de bedoeling « de palliatieve zorgverlening » de plaats te geven die ze verdient.

Na een inleidend debat werd overeengekomen dat elke fractie haar bemerkingen in een schriftelijk advies zou uitbrengen.

Ook hier lagen de adviezen erg uit elkaar, gaande van afwezigheid en/of zeer summier, tot zeer uitgebreid en met gefundeerde adviezen terzake en per artikel. Elk van deze adviezen is ten behoeve van de leden van de commissie Justitie toegevoegd aan het globale advies van de commissie Volksgezondheid.

Naar de inhoud stelt de spreker dat de commissie Volksgezondheid van oordeel is dat het overgezonden wetsontwerp een te summiere basis heeft, dat een verdere uitwerking behoeft.

Het belangrijkste advies — dat unaniem werd goedgekeurd — is, zoals reeds gesteld, de verruiming van het recht op palliatieve zorg. In tegenstelling tot wat in hoofdstuk 11, artikel 2 staat vermeld, kan palliatieve zorg niet strikt worden gelimiteerd tot het levenseinde.

De commissie heeft tevens duidelijk gesteld dat dringend moet worden overgegaan tot een wettelijke vastlegging van de rechten van de patiënt. Meerdere leden betreuren dat het debat over de patiëntenrechten niet eerder, en in elk geval voorafgaand aan de huidige bespreking kon worden gevoerd. Een gedeeltelijke regeling van het informatierecht met betrekking tot de palliatieve zorg is ruim onvoldoende; het artikel moet dan ook tegelijkertijd met de toekomstige wet op de patiëntenrechten worden gelezen.

Het voorstel om in artikel 9 tot wijziging van koninklijk besluit nr 78 het woord « continu » te schrappen werd nipt verworpen, waarmee de commissie de bedenkingen van de Raad van State over de inhoud van het begrip « continu » niet is bijgetreden.

De overige aanbevelingen van de commissie Volksgezondheid strekken ertoe de tekst van het ontwerp te verduidelijken.

Tot besluit stelt de spreker dat de leden van de commissie voor de Volksgezondheid de hoop uitdrukken dat de commissie Justitie deze adviezen met de nodige aandacht zal bestuderen en zodoende zal meehelpen om tot een goede en werkbare wet op palliatieve zorg te komen.

mandation unanime : les soins palliatifs ne doivent pas se limiter strictement à la fin de vie.

La commission a consacré trois jours entiers à la discussion du projet de loi relatif aux soins palliatifs. Au départ, les différents groupes politiques ont adopté une attitude nettement différente en ce qui concerne l'examen du projet de loi.

Certains partis de la majorité estimaient qu'il n'était pas nécessaire d'examiner le projet de manière plus approfondie, tandis que d'autres partis estimaient qu'il fallait mener une discussion de fond dans le but de donner « aux soins palliatifs » la place qui leur revient.

Après un débat introductif, il a été convenu que chaque groupe ferait part de ses observations dans un avis écrit.

Les avis étaient, eux aussi, très différents. Certains partis n'ont donné aucun avis ou n'ont donné qu'un avis très sommaire, tandis que d'autres ont remis un avis très détaillé, comportant des commentaires étayés et par article. Chacun de ces avis a été joint, à l'intention des membres de la commission de la Justice, à l'avis global de la commission de la Santé publique.

En ce qui concerne le contenu, l'intervenant fait observer que la commission de la Santé publique estime que le projet de loi transmis est trop sommaire et qu'il convient de l'expliciter à certains égards.

Comme cela a été dit précédemment, la recommandation la plus importante — qui a été approuvée à l'unanimité — concerne l'élargissement du droit aux soins palliatifs. Contrairement à ce qui est indiqué à l'article 2, les soins palliatifs ne peuvent pas être strictement limités à la fin de vie.

La commission a aussi clairement indiqué qu'il était urgent d'adopter un cadre légal définissant les droits du patient. À cet égard, plusieurs membres déplorent que le débat sur les droits du patient n'ait pas pu se dérouler plus tôt et, en tout cas, avant la présente discussion. Une réglementation partielle du droit à l'information concernant les soins palliatifs est en effet largement insuffisante; l'article doit dès lors être mis en relation avec la future loi sur les droits du patient.

La proposition de supprimer le mot « continus » dans l'article 9 modifiant l'arrêté royal n° 78 a été rejetée de justesse, la commission s'étant ainsi distanciée des considérations formulées par le Conseil d'État sur le sens du qualificatif « continu ».

Les autres recommandations de la commission de la Santé publique tendent à clarifier le texte du projet.

En guise de conclusion, l'intervenant déclare que les membres de la commission de la Santé publique espèrent que la commission de la Justice étudiera ces recommandations avec toute l'attention requise et contribuera ainsi à l'élaboration d'une loi relative aux soins palliatifs qui soit à la fois adéquate et applicable.

Met betrekking tot het ontwerp inzake euthanasie vervolgt de spreker het verslag over de adviezen die werden uitgebracht in de commissie voor de Volksgezondheid.

Hij merkt voorafgaandelijk op dat de commissie voor de Volksgezondheid is gevraagd advies te verlenen aan de commissie voor de Justitie aangaande het ontwerp uit de Senaat inzake euthanasie. Ook in deze betreuren de leden de beslissing van de conferentie van de voorzitters om het wetsontwerp uitsluitend aan de commissie Justitie te verzenden en de rol van de commissie Volksgezondheid te beperken tot het geven van een advies.

Inzake de procedure : de eerste vergadering van de behandeling van het wetsontwerp inzake euthanasie werd gewijd aan een hoorzitting met een aantal Nederlandse deskundigen, waaronder verscheidene SCEN-artsen. SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. Het is een project dat is opgestart door de KNMG (de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst). SCEN-artsen krijgen een specifieke opleiding om de behandelende artsen die met een verzoek om euthanasie worden geconfronteerd, te adviseren en bij te staan.

Uit de hoorzitting bleek dat de cultuur waaruit de wet op euthanasie is gegroeid, grondig verschilt in Nederland.

De rol van de huisarts ligt daar centraal vermits de meeste (zo'n 80 %) van de verzoeken om euthanasie in de thuissituatie plaatsvinden. Aan de eventuele toepassing van euthanasie gaan heel wat gesprekken vooraf in een zo breed mogelijke context. Als euthanasie uiteindelijk wordt toegepast (bij 80 % gaat het dan om terminale kankerpatiënten) wordt nadrukkelijk gesteld dat toetsbaarheid, transparantie en meldingsplicht noodzakelijk zijn.

De Nederlandse wetgever heeft gekozen voor een decriminalisering van euthanasie, waarbij « de zorgvuldigheidscriteria » van groot belang zijn. Euthanasie is dus zeker geen recht. Euthanasie staat in het strafrecht. Dr. Van Coevorden benadrukte dat « het gaat om een wet waar geen rechten aan verbonden zijn, maar een wet die de mogelijkheid geeft aan de arts om de patiënt te helpen door hem te beschermen op voorwaarde dat hij de zorgvuldigheidscriteria naleeft ».

Veel gezondheidswerkers zijn terughoudend ten aanzien van euthanasie ten gevolge van een wilsverklaring. Volgens dr. Kimsma lijkt de Nederlandse wet op dat vlak vooruit te lopen op de praktijk.

Voor de SCEN-artsen is euthanasie geen normale medische handeling en zij hebben, ook al sluit de Nederlandse wet de mogelijkheid niet uit, grote bezwaren tegen de toepassing van euthanasie bij demente patiënten.

En ce qui concerne le projet de loi relatif à l'euthanasie, l'intervenant poursuit le rapport sur les avis donnés par la commission de la Santé publique.

Il fait observer au préalable qu'il a été demandé à la commission de la Santé publique de donner un avis à la commission de la Justice concernant le projet relatif à l'euthanasie, transmis par le Sénat. Les membres déplorent en l'occurrence également que la Conférence des présidents ait décidé de renvoyer le projet de loi à la seule commission de la Justice et de limiter l'intervention de la commission de la Santé publique à la formulation d'un avis.

En ce qui concerne la procédure, la première réunion ayant à son ordre du jour l'examen du projet de loi relatif à l'euthanasie a été consacrée à l'audition d'une série d'experts néerlandais, dont plusieurs médecins du réseau *SCEN*. *SCEN* signifie « *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland* ». C'est un projet qui a été lancé par la *KNMG* (*de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst*). Les médecins du réseau *SCEN* reçoivent une formation spécifique afin de pouvoir conseiller et assister les médecins traitants confrontés à une demande d'euthanasie.

Il est ressorti de l'audition que la culture sous-jacente à la loi sur l'euthanasie est fondamentalement différente aux Pays-Bas.

Le rôle du médecin de famille y est central, étant donné que la plupart des demandes d'euthanasie (quelque 80 %) sont formulées par des patients soignés à domicile. L'application éventuelle de l'euthanasie est précédée de nombreux entretiens menés dans un contexte aussi large que possible. S'il est finalement procédé à l'euthanasie (dans 80 % des cas, il s'agit de patients cancéreux en phase terminale), il est expressément précisé qu'il doit être satisfait aux conditions suivantes : possibilité d'évaluation, transparence et obligation.

Le législateur néerlandais a choisi de dépénaliser l'euthanasie, en insistant sur l'importance des « critères de rigueur ». L'euthanasie n'est donc certainement pas un droit. L'euthanasie relève du droit pénal. Le Dr Van Coevorden a souligné qu'il s'agissait d'une loi n'accordant aucun droit, mais permettant aux médecins d'aider le patient en leur offrant une protection pourvu qu'ils respectent les critères de rigueur.

De nombreux praticiens du secteur de la santé éprouvent quelques réticences à l'égard de l'euthanasie pratiquée à la suite d'une déclaration de volonté. Selon le Docteur Kimsma, il semble que, dans ce domaine, la loi néerlandaise devance la pratique.

Pour les médecins du réseau SCEN, l'euthanasie n'est pas un traitement médical normal et ils émettent de sérieuses réserves quant à son application aux malades déments, même si la loi néerlandaise n'exclut pas cette possibilité.

De Nederlandse wet sluit evenmin de mogelijkheid uit van euthanasie op adolescenten maar de SCEN-artsen wezen er wel op dat, ten gevolge van de WGBO-wet (wet geneeskundige behandelingsovereenkomst) minderjarigen tussen 16 en 18 jaar medisch als volwassenen worden beschouwd.

Tot daar enkele belangrijke aandachtspunten die tijdens de hoorzitting naar voor kwamen.

De commissie Volksgezondheid heeft na 2 vergaderingen *extra muros* zich op 15 januari laatstleden uitgesproken over verschillende aspecten van het wetsontwerp. Er wordt geen globaal advies aan de commissie Justitie overgemaakt, wel een overzicht van de verschillende aanbevelingen en bedenkingen, die soms unaniem, soms door een gewone meerderheid werden gesteund. Ook minderheidsadviezen worden aan de commissie Justitie doorgestuurd.

De commissie heeft op een constructieve manier de ontwerptekst besproken.

De debatsfeer was open, een cultuur van luisterbereidheid en waardering voor de verschillende standpunten en invalshoeken was constant aanwezig.

Naar de inhoud : de spreker haalt de belangrijkste accenten aan die tijdens de bespreking naar voor kwamen en die nadien als advies werden gesteund.

De commissie voor de Volksgezondheid is unaniem over het feit dat zuiver psychiatrisch lijden nooit aanleiding kan geven tot euthanasie. De huidige tekst van het ontwerp sluit dit niet volledig uit. Psychisch lijden is volgens de leden zeer subjectief en per definitie niet ongeneeslijk. Bovendien is de wil van psychisch zieken zelden eenduidig.

Alle leden van de commissie zijn het erover eens dat het belang van de palliatieve zorg wordt miskend door er slechts in de marge van het wetsontwerp naar te verwijzen. Er dient een reële koppeling te gebeuren. De commissie heeft dan ook unaniem de aanbeveling gesteund om in de procedure *a priori* een palliatieve filter in te bouwen. De behandelende arts moet de palliatieve deskundige om advies vragen opdat de patiënt zo volledig mogelijk kan worden geïnformeerd over de verschillende mogelijkheden.

Ook over de consultatie van de huisarts bestond er grote eensgezindheid binnen de commissie. Op één persoon na steunden alle leden de aanbeveling dat de behandelende arts — tenzij deze zelf de huisarts is natuurlijk — het verzoek van de patiënt dient te bespreken met de huisarts. Steeds in de veronderstelling dat de patiënt een huisarts heeft.

De grootste discussie, zowel tussen de fracties als binnen bepaalde fracties, is gevoerd rond de beperking

La loi néerlandaise n'exclut pas non plus la possibilité de pratiquer l'euthanasie sur des adolescents, mais les médecins du SCEN rappellent toutefois que la loi sur la convention médicale prévoit que les mineurs de 16 à 18 ans doivent être considérés sur le plan médical comme des adultes.

Tels ont été quelques-uns des points importants soulignés pendant l'audition.

Après deux réunions extra muros, la commission de la Santé publique s'est prononcée, le 15 janvier dernier, sur divers aspects du projet de loi. Elle n'a pas remis d'avis global à la Commission de la Justice, mais bien un aperçu des différentes recommandations et réflexions, quelquefois soutenues par une majorité simple. Des avis de minorité ont également été transmis à la commission de la Justice.

La commission a procédé à un examen constructif du texte du projet.

Le débat s'est déroulé dans un climat ouvert, favorisant constamment le sens de l'écoute et du respect des différentes opinions et approches.

En ce qui concerne le contenu, l'intervenant cite les principaux éléments qui ont été mis en exergue au cours du débat et qui ont servi, par la suite, à étayer l'avis émis.

La commission de la Santé publique estime, à l'unanimité, qu'une souffrance purement psychique ne peut jamais justifier l'acte euthanasique. Le texte actuel du projet de loi à l'examen n'exclut pas entièrement cette possibilité. Les membres estiment que la souffrance psychique est très subjective et qu'elle n'est pas, par définition, incurable. La volonté des malades mentaux est, en outre, rarement explicite.

Tous les membres de la commission s'accordent à dire que le projet à l'examen ne souligne pas l'importance des soins palliatifs, étant donné qu'il n'y est fait référence que de manière marginale. Il convient dès lors de ne pas dissocier les deux volets de la problématique de la fin de vie. La commission a donc apporté unanimement son soutien à la recommandation visant à intégrer *a priori* un filtre palliatif dans la procédure. Le médecin traitant doit demander l'avis du spécialiste en matière de soins palliatifs afin d'informer le patient de la manière la plus complète possible des différentes possibilités.

La consultation du médecin de famille a également fait l'objet d'une quasi-unanimité au sein de la commission. À une personne près, tous les membres ont soutenu la recommandation selon laquelle le médecin traitant doit examiner la demande du patient avec le médecin de famille — à moins naturellement qu'il ne soit lui-même le médecin de famille. Et ce, toujours dans l'hypothèse où le patient a un médecin de famille.

La discussion la plus vive, tant entre les groupes qu'au sein même de certains d'entre eux, a porté sur la limita-

van de toepassing van euthanasie tot terminale patiënten. De invulling van « terminaal » blijft hierin een heikel punt. Uiteindelijk werd de aanbeveling om euthanasie tot patiënten in een terminale fase te beperken nipt verworpen.

Wel waren de meeste leden het erover eens dat de wilsverklaring enkel toepassing kan vinden in geval van een onomkeerbare comateuze patiënt. De tekst van het ontwerp, met name de vereiste inzake « de onomkeerbare toestand van niet-bewustzijn », is nu niet duidelijk en sluit niet uit dat euthanasie kan worden toegepast op demente patiënten die voorheen een wilsverklaring opmaakten.

Een grote meerderheid van de commissie is dan ook voorstander om klaarheid te scheppen en, op voorstel van de Orde van Geneesheren, de tekst te verduidelijken in die zin dat de wilsverklaring alléén van toepassing is wanneer de patiënt volgens de stand van de wetenschap op onomkeerbare wijze niet meer bij bewustzijn is en dat de wilsverklaring daarentegen niet geldt wanneer de patiënt slechts op onomkeerbare wijze wilsonbekwaam is geworden. De commissie stelt dat op een in een wilsverklaring vastgesteld verzoek tot euthanasie bij dementie niet kan worden ingegaan.

Verder wil de commissie voor de Volksgezondheid enkele bedenkingen aan de commissie voor de Justitie voorleggen. Het gaat zowel om vragen rond de toepassing en afdwingbaarheid van de bepalingen van het ontwerp, als om bedenkingen bij de gevolgen die de toekomstige wet uiteindelijk zal hebben.

Alle leden zijn het erover eens dat de apotheker moet worden geïnformeerd over het feit dat het product dat hij aflevert zal dienen om euthanasie toe te passen, maar de commissie vraagt zich af of de apotheker wel het recht heeft om de aflevering te weigeren. De leden van de meerderheid « stellen zich vragen bij het onderscheid dat de tekst maakt tussen meerderjarige en minderjarige patiënten die zich in dezelfde terminale situatie bevinden ». De leden van de oppositie hebben bedenkingen bij de afdwingbaarheid van de toekomstige wet gezien er bij niet-naleving van de verschillende voorwaarden geen sanctie is bepaald. Zij stellen voor het advies van de Raad van State in deze te volgen en in gedifferentieerde strafbepalingen te voorzien.

Het lid drukt ten slotte de wens uit dat de commissie voor de Justitie deze adviezen met de nodige aandacht zal bestuderen en in elk geval rekening zal houden met de aanbevelingen waarover binnen de commissie Volksgezondheid unanimiteit bestaat.

*
* *

tion de l'application de l'euthanasie aux patients en phase terminale. La définition de la notion de « phase terminale » demeure à cet égard un point délicat. Finalement, la recommandation selon laquelle l'euthanasie ne devrait être pratiquée que sur des patients en phase terminale a été rejetée de justesse.

La plupart des membres étaient en revanche d'accord sur le fait que la déclaration anticipée ne peut s'appliquer que dans le cas d'un patient plongé dans un coma irréversible. Le texte du projet, et notamment la condition relative à « l'état d'inconscience irréversible », n'est pas clair dans sa formulation actuelle et n'exclut pas la possibilité que l'euthanasie puisse être appliquée à des patients déments qui ont rédigé précédemment une déclaration anticipée.

Une large majorité des membres de la commission se proposent dès lors de clarifier les choses et de préciser dans le texte, ainsi que le propose l'Ordre des médecins, que la déclaration anticipée n'est d'application que lorsque le patient est inconscient et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science, et que, par contre, cette déclaration ne vaut pas dans le cas où le patient est seulement devenu irrémédiablement incapable d'exprimer sa volonté. La commission estime qu'en cas de démence, il ne peut être accédé à une demande d'euthanasie consignée dans une déclaration anticipée.

La commission de la Santé publique souhaite par ailleurs faire part de quelques observations à la commission de la Justice. Il s'agit tant de questions concernant l'application et la force obligatoire des dispositions du projet que de considérations relatives aux répercussions de la future loi.

Tous les membres s'accordent à reconnaître que le pharmacien doit être informé que le produit qu'il délivre va servir à pratiquer une euthanasie, mais la commission se demande si le pharmacien a le droit de refuser de délivrer le produit. Les membres de la majorité s'interrogent sur la distinction que le texte opère entre les patients majeurs et mineurs qui se trouvent dans une même situation terminale. Les membres de l'opposition se posent des questions au sujet de la force obligatoire de la loi en projet, dès lors qu'elle ne prévoit aucune sanction en cas de non-respect des différentes conditions. Ils proposent de suivre l'avis du Conseil d'État en la matière et de prévoir des dispositions pénales différenciées.

Le membre souhaite enfin que la commission de la Justice examine ces avis avec toute l'attention requise et tienne en tout cas compte des recommandations ayant fait l'unanimité au sein de la commission de la Santé publique.

*
* *

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) wenst te vermelden dat de leden van de commissie voor de Volksgezondheid hebben betreurd dat beide voorliggende wetsontwerpen bij uitsluiting naar de commissie voor de Justitie werden verwezen en dat de commissie voor de Volksgezondheid slechts een advies dienaangaande kon uitbrengen.

Betreffende de werkwijze van de commissie voor de Volksgezondheid onderstreept de spreekster dat er uitdrukkelijk werd gekozen om het onderzoek, dat door de Senaat werd verricht, niet over te doen. Er werd daarentegen voor geopteerd om hoorzittingen te houden over twee specifieke thema's : ten eerste over de palliatieve zorg werd de visie van de palliatieve organisaties in België gevraagd; een tweede hoorzitting werd georganiseerd om de ervaring te vernemen van de Nederlandse zogenaamde SCEN-artsen, die steun en consult verlenen aan de behandelende arts die wordt geconfronteerd met vraag om euthanasie. Beide hoorzittingen waren zowel verhelderend als verrijkend, maar toonden ook verschillen aan tussen België en Nederland. De palliatieve zorg is in België beter uitgebouwd en in Nederland is er een andere opnamecultuur zodat patiënten er eerder thuis overlijden dan in een ziekenhuis.

Als werkwijze voor het redigeren van het advies werd gekozen om te werken op basis van de twee ontwerpen van de Senaat en om beide wetsontwerpen artikel per artikel te bespreken en in eerste instantie elk voorstel tot advies te noteren. In een volgende fase was er dan per artikel stemming over de verschillende adviesvoorstellen, daarbij was de voltallige commissie aanwezig. Voor de teneur en de details van de bespreking verwijst het lid naar het schriftelijk verslag. De spreekster zal zich bijgevolg beperken tot de resultaten van de eindstemming die een weergave zijn van de duidelijke bekommernissen van de leden van de commissie en die hiermee nadrukkelijk onder de aandacht van de commissie Justitie worden gebracht.

Mevrouw Descheemaeker vervolgt :

De stemming over het wetsontwerp palliatieve zorg (DOC 50 1489/001) werd als volgt gestemd :

Er was unanimiteit over de volgende adviezen :

Artikel 2 : dat palliatieve zorg in een ruimer perspectief moet worden geplaatst en niet strikt moet worden gelimiteerd tot het levenseinde.

Artikel 4 : dat in de plaats van een rapport jaarlijks een plan zou worden voorgelegd waarin de organisatie van de palliatieve zorg wordt uiteengezet.

Artikel 5 : er wordt aanbevolen te verwijzen naar de ministers van Sociale Zaken en van Volksgezondheid in de plaats van naar de Koning inzake de maatregelen die op het vlak van palliatieve zorg dienen te worden genomen.

Artikel 10 : dat de tekst legistiek zou worden aangepast aan de recente wetswijziging van 10 augustus 2001

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) souhaite préciser que les membres de la commission de la Santé publique ont déploré que les deux projets de loi à l'examen aient été renvoyés exclusivement à la commission de la Justice et que la commission de la Santé publique n'ait pu dès lors que formuler un avis à leur propos.

En ce qui concerne la méthode de travail adoptée par la commission de la Santé publique, l'intervenante souligne que cette dernière a choisi de ne pas refaire l'enquête réalisée précédemment par le Sénat. Elle a en revanche décidé d'organiser des auditions sur deux thèmes spécifiques : la première a visé à recueillir le point de vue des organisations actives dans le domaine des soins palliatifs en Belgique; la seconde a permis d'entendre des médecins néerlandais du SCEN, un organisme qui assiste et conseille les médecins traitants confrontés à une demande d'euthanasie. Les deux auditions ont été aussi instructives qu'enrichissantes mais ont également mis en évidence les différences qui existent entre la Belgique et les Pays-Bas. Si la Belgique possède un système de soins palliatifs mieux développé, les Pays-Bas entretiennent une autre culture de prise en charge, visant à permettre au patient de décéder chez lui plutôt qu'à l'hôpital.

Pour rédiger l'avis, la commission de la Santé publique a choisi de travailler sur la base des deux projets du Sénat, de les examiner article par article et, dans un premier temps, de noter chaque proposition de recommandation. Dans un deuxième temps, chacune de ces propositions a fait l'objet d'un vote, et ce, article par article. La commission était au grand complet pour ce vote. Pour la teneur et les détails de la discussion, le membre renvoie au rapport écrit. L'intervenante se limitera dès lors aux résultats du vote final, qui reflètent clairement les préoccupations des membres de la commission de la Santé publique, préoccupations sur lesquelles ils souhaitent attirer tout particulièrement l'attention de la commission de la Justice.

Mme Descheemaeker poursuit :

Le vote sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs (DOC 50 1489/001) a été le suivant :

Les avis suivants ont obtenu l'unanimité :

Article 2 : la commission estime que les soins palliatifs doivent être placés dans une perspective plus large et ne peuvent être strictement limités à la fin de vie.

Article 4 : la commission estime qu'il conviendrait de déposer chaque année non pas un rapport, mais un plan exposant l'organisation des soins palliatifs.

Article 5 : il est recommandé de faire référence aux ministres des Affaires sociales et de la Santé publique et non au Roi en ce qui concerne les mesures qu'il y a lieu de prendre en matière de soins palliatifs.

Article 10 : la commission propose d'adapter le texte, d'un point de vue légistique, à la récente modifi-

betreffende het koninklijk besluit nr 78.

Voor de volgende adviezen was er een gewone meerderheid :

Artikel 6 : de commissie is van mening dat het woord « zorgcircuits » een duidelijker term is dan « verzorgingsstructuren », die dan ook beter weergeeft dat dit ook de eerste lijn omvat, omdat het woord structuur gemakkelijkheidshalve als instelling wordt geïnterpreteerd.

Artikel 8 : er wordt gesuggereerd de verschillende alinea's te verfijnen tot een duidelijke zin.

Voorts vermeldt het lid dat er met betrekking tot artikel 9, namelijk aangaande het inlassen van het woord « continu » in het koninklijk besluit nr 78 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, geen duidelijk advies was gezien er staking van stemmen was.

Met betrekking tot het wetsontwerp inzake euthanasie (DOC 50 1488/001) was er unanimiteit over de volgende adviezen :

Artikel 3, § 1 : de commissie is van oordeel dat zuiver en uitsluitend psychiatrisch lijden nooit aanleiding kan geven tot euthanasie.

Artikel 3, § 2, 1° : het overleg met de palliatieve ondersteuningsequipe van de instelling of in de thuiszorg moet worden toegevoegd in de procedure.

Artikel 14 : de vraag wordt gesteld of het wel duidelijk is dat de apotheker steeds het recht heeft te weigeren het euthanaticum af te leveren, inzonderheid wat de positie van de ziekenhuisapotheker betreft.

Een gewone meerderheid was aanwezig om volgende adviezen te aanvaarden :

Artikel 2 : wat is de precieze juridische bescherming van de apotheker die meewerkt aan de euthanasie door de aflevering van het euthanaticum.

Artikel 3, § 1 : de commissie wenst verduidelijking over het onderscheid tussen meerderjarige en minderjarige patiënten die zich in dezelfde terminale situatie bevinden, rekening houdend met het feit dat er reeds een uitzondering is voorzien voor ontvoogde minderjarigen.

Artikel 3, § 2, 4° : ook de huisarts moet worden geraadpleegd ingeval de patiënt de vraag tot euthanasie tijdens een ziekenhuisopname stelt.

Artikel 4 : de wilsverklaring is alleen van toepassing indien de patiënt op onomkeerbare wijze niet meer bij bewustzijn is en bijgevolg niet zou gelden bij dementie.

Artikel 8 : de uitvoerende arts moet kunnen worden gehoord door de evaluatiecommissie zodra wordt bekendgemaakt dat de anonimiteit is opgeheven.

cation intervenue dans la loi du 10 août 2001 relative à l'arrêté royal n° 78.

Les articles suivants ont obtenu une majorité ordinaire :

Article 6 : la commission est d'avis que, dans le texte néerlandais, le mot « *zorgcircuits* » est une meilleure traduction des mots « structures de soins » figurant dans le texte français parce qu'il traduit plus clairement le fait qu'il s'agit également de la première ligne et parce que, pour des raisons de facilité, on interprète le mot « *structuur* » comme une institution.

Article 8 : il est suggéré de préciser davantage la portée des différents alinéas.

Le membre mentionne ensuite qu'en ce qui concerne l'article 9 visant à supprimer le mot « continu » de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice de l'art de guérir, aucun avis n'a été formulé clairement étant donné qu'il y a eu partage des voix.

En ce qui concerne le projet de loi sur l'euthanasie (DOC 50 1488/001), les avis suivants ont fait l'unanimité :

Article 3, § 1er : la commission estime qu'une souffrance purement et exclusivement psychique ne peut jamais donner lieu à une euthanasie.

Article 3, § 2, 1° : la concertation avec l'équipe de soins palliatifs travaillant dans l'institution ou à domicile doit faire impérativement partie intégrante de la procédure.

Article 14 : la question se pose de savoir s'il est bien clair que le pharmacien, et plus particulièrement le pharmacien de l'hôpital, a toujours le droit de refuser de délivrer le produit euthanasiant.

Les avis suivants ont été approuvés à la majorité simple :

Article 2 : quelle est la protection juridique exacte du pharmacien qui participe à l'euthanasie en délivrant le produit euthanasiant ?

Article 3, § 1er : la commission souhaite obtenir des éclaircissements sur la distinction entre les patients majeurs et mineurs qui se trouvent dans la même phase terminale, compte tenu du fait qu'il existe déjà une exception pour les mineurs émancipés.

Article 3, § 2, 4° : le médecin généraliste doit également être consulté dans le cas où le patient pose la question de l'euthanasie au cours d'une hospitalisation.

Article 4 : la déclaration anticipée de volonté ne s'applique que si le patient a irréversiblement perdu conscience et ne s'applique donc pas en cas de démence.

Article 8 : le médecin qui a pratiqué l'euthanasie doit pouvoir être entendu par la commission d'évaluation dès l'annonce de la levée de l'anonymat.

B. UITEENZETTINGEN VAN DE INDIENERS VAN DE TOEGEVOEGDE WETSVOORSTELLEN

De heer Hugo Coveliers (VLD) merkt op dat euthanasie geen volkomen nieuwe problematiek is in het parlement aangezien in de loop van de vorige zittijd niet minder dan zeven wetsvoorstellen zijn ingediend bij de Kamer en de Senaat teneinde het levenseinde van personen wier lijden moeilijk te dragen is menselijker te maken. Ook een in 1997 door de Senaat georganiseerd colloquium heeft een forum geboden voor interessante gedachtewisselingen over de problematiek van het levenseinde en heeft dat vraagstuk onder de aandacht van de politici gebracht.

Tijdens de huidige zittingsperiode zijn nieuwe wetsvoorstellen ingediend en de Senaat heeft uiteindelijk een tekst goedgekeurd, die thans door de Kamer moet worden besproken.

De spreker herinnert eraan dat bij dat wetsontwerp andere wetsvoorstellen werden gevoegd, respectievelijk ingediend door de heer Fred Erdman, mevrouw Maggie De Block en hijzelf. De basisgedachte die aan dat laatste wetsvoorstel ten grondslag ligt, is de zelfbeschikking van het individu. Dat beginsel van de zelfbeschikking is zeker niet absoluut en moet onder meer worden bijgestuurd door de eisen van het leven in gemeenschap, maar het impliceert toch dat men een persoon er niet kan toe verplichten ondraaglijk en onomkeerbaar lijden te verdragen. Die personen hebben dus het recht, als ze hun wil kunnen uiten, te vragen dat hun leven wordt beëindigd.

Dankzij de goedkeuring van een wet betreffende de euthanasie zou een einde kunnen worden gemaakt aan een bepaalde schijnheiligheid aangezien er, zoals bekend, gevallen bestaan waarin artsen die daad stellen. Wetgeving terzake zou de mogelijkheid bieden eensdeels een einde te maken aan de rechtsonzekerheid voor de personen die euthanasie toepassen en anderdeels de zieken gerust te stellen die zouden kunnen vrezen dat de verslechtering van hun gezondheidstoestand anderen er zou kunnen toe brengen in hun plaats voor euthanasie te kiezen.

Nederland is terzake reeds wetgevend opgetreden. Er is voor gekozen de euthanasie en de hulp bij zelfdoding strafbaar te stellen en tegelijk die handelingen te decriminaliseren indien ze worden verricht met inachtneming van door de wet bepaalde zorgvuldigheidseisen.

Volgens het door de Senaat aan de Kamer overgezonden wetsontwerp wordt in België voor een andere oplossing gekozen.

B. EXPOSÉS DES AUTEURS DES PROPOSITIONS DE LOI JOINTES

M. Hugo Coveliers (VLD) remarque que la problématique de l'euthanasie n'est pas un sujet inédit au sein du Parlement puisque, au cours de la précédente législature, pas moins de sept propositions de loi avaient été déposées à la Chambre ou au Sénat afin d'humaniser la fin de vie de personnes atteintes de souffrances difficilement supportables. En 1997, un colloque organisé par le Sénat avait également donné lieu à des échanges intéressants sur la problématique de la fin de la vie et permis d'attirer l'attention du monde politique sur la question.

Au cours de l'actuelle législature, de nouvelles propositions de loi ont été déposées, et le Sénat a finalement adopté un texte qui doit maintenant être examiné par la Chambre.

L'intervenant rappelle que d'autres propositions de loi ont été jointes à ce projet, l'une déposée par M. Fred Erdman, l'autre par Mme Maggie De Block et l'intervenant lui-même. L'idée de base qui sous-tend cette dernière proposition est celle de l'autodétermination de l'individu. Ce principe d'autodétermination n'est certes pas absolu, et doit notamment être corrigé par les impératifs de la vie en société, mais il implique néanmoins qu'on ne puisse pas contraindre une personne à supporter des souffrances de nature insupportable et irréversible. Ces personnes ont donc le droit, lorsqu'elles sont capables d'exprimer leur volonté, de demander qu'on mette fin à leur vie.

L'adoption d'une loi relative à l'euthanasie permettrait de mettre fin à une certaine hypocrisie, puisque, on le sait, il existe des cas où des médecins pratiquent cet acte. Une législation en la matière permettrait d'une part de mettre fin à l'insécurité juridique des personnes qui posent l'acte d'euthanasie, et d'autre part de rassurer les malades qui pourraient craindre qu'une dégradation de leur état de santé ne menât d'autres personnes à décider pour elles d'une euthanasie.

Les Pays-Bas ont d'ores et déjà légiféré en la matière. L'option choisie a été d'incriminer l'euthanasie et l'aide au suicide, tout en opérant une dépénalisation de ces actes s'ils sont accomplis dans le respect de critères de rigueur déterminés par la loi.

En Belgique, d'après le projet de loi transmis par le Sénat à la Chambre des représentants, c'est une autre voie qui a été choisie.

De volgende van de in de Senaat besproken punten verdienen bijzondere aandacht :

1. **Terminale fase van de patiënt**

Het onderscheid tussen de terminale patiënten en de andere is uiteindelijk niet behouden in de door de Senaat aangenomen tekst. Daarvoor zijn twee redenen :

— volgens de gezondheidswerkers is het zeer moeilijk te bepalen of een zieke al dan niet terminaal is;

— het is uit filosofisch oogpunt noch onlogisch, noch ongegrond aan te voeren dat een persoon wiens lijden van dezelfde aard is als dat van een terminaal zieke persoon (ondraaglijk en onomkeerbaar lijden) ook kan vragen dat euthanasie wordt gepleegd.

2. **Minderjarigen**

Het algemeen principe van ons recht is dat de minderjarigen niet rechtsgeldig hun wil kunnen uiten. Dat postulaat leidt ertoe de minderjarigen te beschermen (onder meer inzake contracten) maar ook andere personen ertoe te machtigen beslissingen te nemen die betrekking hebben op die minderjarigen. Aangezien het moeilijk is dat algemeen principe toe te passen in geval van euthanasie en een mogelijke verbetering van de toestand van een minderjarige in sommige gevallen niet op een even radicale wijze als voor een volwassene kan worden uitgesloten (als gevolg van het groeiproces), werd beslist om, althans voorlopig, het euthanaseren van (niet-ontvoogde) minderjarigen niet toe te staan.

3. **Zorgvuldigheidseisen**

De wet bepaalt dat de arts die een euthanasie uitvoert geen misdrijf pleegt indien hij een aantal, in de wet opgesomde zorgvuldigheidseisen in acht neemt. Dat houdt in dat een arts die bij de euthanasie de zorgvuldigheidseisen niet in acht heeft genomen wel degelijk een misdrijf zal hebben gepleegd. Om na te gaan of de euthanasie werd uitgevoerd volgens de in de wet vastgestelde voorwaarden en procedure zal een federale controle- en evaluatiecommissie worden opgericht. Indien zij van oordeel is dat die voorwaarden niet in acht werden genomen, zal zij het desbetreffende dossier overzenden aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

4. **Wilsverklaring**

Een persoon kan vooraf vragen dat euthanasie wordt toegepast ingeval hij zou lijden aan een ernstige, ongeneeslijke en onomkeerbare aandoening en niet meer in staat zou zijn zijn wil te uiten. Volgens het wetsontwerp mag in dergelijke gevallen een wilsverklaring worden

Parmi les éléments discutés au Sénat, les points suivants peuvent être relevés :

1. **Phase terminale du patient**

La distinction entre les patients en phase terminale et les autres n'a finalement pas été retenue dans le texte adopté par le Sénat, et ce pour deux raisons :

— de l'avis des praticiens, il est très difficile de déterminer si un malade est en phase terminale ou pas;

— il n'est ni illogique ni illégitime d'un point de vue philosophique de soutenir qu'une personne atteinte de souffrances de même nature qu'une personne en phase terminale (souffrances insupportables et irréversibles) puisse également demander qu'une euthanasie soit pratiquée.

2. **Mineurs d'âge**

Le principe général de notre droit est que les mineurs ne peuvent valablement exprimer leur volonté. Ce postulat a pour effet de protéger les mineurs (notamment en matière contractuelle), mais aussi d'attribuer à d'autres personnes le pouvoir de prendre des décisions les concernant. Comme ce principe général est difficilement applicable en cas d'euthanasie et que, par ailleurs, une possibilité d'amélioration de l'état d'un mineur ne peut, dans certains cas, être écartée de façon aussi radicale que pour un adulte (en raison du processus de croissance), il a été décidé, pour le moment du moins, de ne pas permettre l'euthanasie de mineurs d'âge (non émancipés).

3. **Critères de rigueur**

Le projet prévoit que le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il respecte un certain nombre de critères de rigueur énumérés dans la loi. Cela implique que le médecin qui n'aura pas respecté ces critères lors de l'euthanasie aura bel et bien commis un délit. Afin de vérifier si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la loi, une « commission fédérale de contrôle et d'évaluation » sera instituée. Si celle-ci estime que ces conditions n'ont pas été respectées, elle enverra le dossier concernant le cas en question au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

4. **Déclaration de volonté anticipée**

Il est possible qu'une personne demande préalablement qu'une euthanasie soit pratiquée au cas où elle ne serait plus en état de manifester sa volonté alors qu'elle serait atteinte d'une affection grave, incurable et irréversible. Le projet de loi admet qu'une déclaration antici-

afgelegd en het voorziet daartoe in een aantal garanties, waaronder de mogelijkheid voor de betrokkene om die keuze te bevestigen of in te trekken, en de verplichting voor de arts om eerst een andere arts te raadplegen.

5. **Aanvullende elementen**

— *Controle* : die zal worden uitgeoefend door de Federale Controle- en Evaluatiecommissie. Er is bepaald dat de controle eerst op grond van anonieme gegevens zal geschieden en dat de anonimiteit slechts in geval van twijfel zal worden opgeheven.

— *Verslag ten behoeve van de wetgevende Kamers* : de commissie zal ten behoeve van de wetgevende Kamers twee verslagen moeten opstellen en in voorkomend geval aanbevelingen moeten formuleren.

— *Recht om te weigeren* : iedere persoon die bij euthanasie zou kunnen betrokken zijn (apotheker, arts), zal het recht hebben te weigeren eraan deel te nemen op grond van zijn overtuigingen. Een arts die weigert euthanasie uit te voeren, moet de patiënt daarvan echter tijdig op de hoogte brengen.

— *Levensverzekering* : het overlijden van een persoon als gevolg van euthanasie zal voor de levensverzekering die hij eventueel heeft gesloten worden beschouwd als een natuurlijke dood. De vrees van sommige verzekeraars dat personen een dergelijke verzekering zouden kunnen sluiten wetende dat ze om euthanasie zullen verzoeken, is in geen geval gegrond aangezien vooraf een gezondheidsonderzoek wordt uitgevoerd. Een persoon die ernstig en ongeneeslijk ziek is en die ondraaglijk lijden dreigt te moeten doorstaan, heeft dus niet de kans een levensverzekering te sluiten.

De heer Fred Erdman (SP.A) herinnert eraan dat in 1997 over het levenseinde een colloquium heeft plaatsgehad in de Senaat. Sommige gedragingen in de praktijk deden immers de vraag rijzen naar de verantwoordelijkheid van de wetgever. Het is thans mogelijk een wet goed te keuren inzake euthanasie. Wellicht moet men aanvaarden dat die wet noch volledig, noch perfect zal zijn. Ze zal voortdurend moeten worden geëvalueerd, uitgelegd, herzien, aangepast, verfijnd en verbeterd, want het zou verwaand zijn te beweren dat men in dergelijke menselijke problemen alle aspecten met één enkele wetswijziging kan regelen.

Met betrekking tot deze wetgeving moeten een aantal vaststellingen worden gedaan :

1) De euthanasiewet strekt ertoe een antwoord te bieden op het menselijk lijden. Het debat gaat in essentie over het volgende : hoe moet dat lijden worden benaderd ? Er heeft terzake een evolutie in de zeden en de maatschappij plaatsgevonden, en thans kunnen we,

pée puisse dans de tels cas être effectuée, et entoure celle-ci d'un certain nombre de garanties, dont notamment la possibilité pour la personne concernée de confirmer ou d'infirmer ce choix, et l'obligation pour le médecin de consulter préalablement un autre médecin.

5. **Eléments complémentaires**

— *Contrôle :* celui-ci sera assuré par la commission fédérale de contrôle et d'évaluation. Il est prévu qu'il s'effectue d'abord sur la base de données anonymes. Ce n'est qu'en cas de doute que l'anonymat pourra être levé.

— *Rapport aux Chambres législatives :* la commission devra établir à l'intention des Chambres législatives deux rapports et, le cas échéant, des recommandations.

— *Droit de refus :* chaque personne qui pourrait être appelée à intervenir dans le processus d'euthanasie (pharmacien, médecin) aura le droit de refuser d'y participer en raison de ses convictions. Un médecin refusant de pratiquer une euthanasie doit cependant en informer en temps utile le patient.

— *Assurance-vie :* le décès d'une personne à la suite d'une euthanasie sera considéré, pour l'assurance-vie qu'elle aurait éventuellement contractée, comme une mort naturelle. La crainte, exprimée par certains assureurs, selon laquelle des personnes pourraient contracter un tel type d'assurance en sachant qu'elles vont demander de faire l'objet d'une euthanasie n'est en aucun cas fondée puisque, dans la pratique, une enquête de santé préalable est menée. Une personne atteinte d'une maladie grave et incurable et qui risquerait d'être atteinte de souffrances insupportables n'a donc concrètement pas l'occasion de conclure un contrat d'assurance-vie.

M. Fred Erdman (SP.A) rappelle que le sujet de la fin de vie a fait l'objet d'un colloque au Sénat en 1997. Face en effet à certains comportements observés dans la pratique, se posait la question de la responsabilité du législateur. Il est désormais possible d'adopter une loi en matière d'euthanasie. Il faut sans doute accepter le fait que cette loi ne sera ni complète, ni parfaite. Elle devra faire l'objet de constantes évaluations, explications, révisions, adaptations, affinements et améliorations, car il serait présomptueux, dans des problèmes humains de cette sorte, de prétendre pouvoir régler tous les aspects de la matière en une seule et unique adaptation législative.

Un certain nombre de constatations s'imposent à propos de cette législation :

1) La finalité de la loi sur l'euthanasie est d'apporter une réponse à la souffrance humaine. L'essence du débat est donc la suivante : quelle approche faut-il adopter vis-à-vis de cette souffrance ? Il y a eu en ce domaine une évolution des mœurs et de la civilisation, et,

zoals Gabriel García Márquez, stellen dat elke mens meester is over zijn eigen dood. Het enige dat we kunnen doen is hem helpen te sterven zonder angst of pijn. Het debat draait dus rond de vraag in hoeverre de mens meester moet zijn over zijn eigen dood.

2) De wetgever kan niet om de werkelijkheid heen. Thans kan alleen maar worden geconstateerd dat euthanasie of hulp bij het sterven (kennelijk is dat laatste wijder verbreid dan euthanasie) clandestien plaatsvinden. Soms geschiedt een en ander in dusdanige omstandigheden dat er nog maar zeer ten dele de verantwoordelijkheid voor wordt genomen of dat die verantwoordelijkheid wordt omzeild (bijvoorbeeld wanneer de arts de beslissing neemt maar de tenuitvoerlegging ervan aan verpleegkundigen overlaat). Het in die stellingen soms aangehaalde begrip « noodtoestand » kan voor het vraagstuk geen regeling bieden, want het ontbeert de nodige garanties.

3) Welke categorieën van personen en welke vormen van lijden moeten in de wet worden opgenomen ? Ook hier zal de wetgever bepaalde grenzen moeten stellen.

4) Met betrekking tot de persoonlijke keuzevrijheid is in geen geval erin voorzien dat iemand kan worden veroordeeld om euthanasie te laten toepassen. De arts of ongeacht welke andere persoon die in voorkomend geval zou moeten helpen bij de tenuitvoerlegging van een euthanasieverzoek kan daarentegen wel zijn medewerking weigeren. Ieders vrijheid is dus gewaarborgd. Artsen die euthanasie verrichten zullen daarbij wettelijk vastgestelde voorwaarden en een procedure in acht moeten nemen, en wie zich daaraan niet houdt kan daarvoor nog steeds worden veroordeeld. Voorts moet worden opgemerkt dat de arts zal moeten kunnen bewijzen dat hij de wettelijk vastgestelde garanties in acht heeft genomen. Zodra de wet in werking is getreden zullen artsen dus een reeks raadplegingen houden, niet alleen omdat zulks bij wet bepaald is, maar ook ter vervollediging van hun dossier.

5) Wie moet over euthanasie beslissen, en hoe moet die beslissing worden geregistreerd ? In het wetsontwerp wordt uitgegaan van het beginsel dat iedereen over zijn eigen dood kan beslissen. Het is in die context van essentieel belang dat de arts en de patiënt een dialoog voeren, dat tussen beiden informatie wordt uitgewisseld en dat de patiënt antwoord krijgt op zijn vragen. De wilsverklaring van de patiënt moet bewust en met kennis van zaken geschieden. Aangezien de betrokkene in voorkomend geval niet meer bij machte zal zijn die wil te uiten, is bij het wetsontwerp bepaald dat vooraf een verklaring mag worden afgelegd. Vanzelfsprekend is bij die

aujourd'hui, pour reprendre les mots de Gabriel García Márquez, on peut dire que « chaque homme est maître de sa propre mort. La seule chose que nous pouvons faire est de l'aider à mourir sans peur ni douleur ». Le débat tourne donc autour de la question de l'étendue de la maîtrise que l'homme doit avoir sur sa propre mort.

2) Le législateur ne peut s'abstraire de la réalité. Or, aujourd'hui, force est de constater que des euthanasies ou des aides à la mort (il semble que ces dernières soient plus importantes que les euthanasies) ont lieu clandestinement. Et, dans certains cas, celles-ci se déroulent dans des conditions telles qu'il y a parfois une dilution ou un contournement (*omzeiling*) de la responsabilité (cas, par exemple, où le médecin prend la décision mais délègue l'acte aux infirmiers). La notion d'état de nécessité, parfois avancée dans ces hypothèses, ne peut régler le problème, car elle n'offre pas les garanties nécessaires.

3) Quelles catégories de personnes et quelles souffrances la loi doit-elle viser ? Ici aussi; il appartiendra au législateur de fixer certaines limites.

4) Choix individuel : il n'est en aucun cas prévu qu'une personne pourra être condamnée à faire l'objet d'une euthanasie. Il sera d'autre part possible au médecin ou à toute autre personne susceptible de participer à un acte d'euthanasie, de refuser d'y prendre part. La liberté de chacun est donc garantie. Les médecins qui pratiqueront un acte d'euthanasie seront tenus de le faire en respectant des conditions et une procédure fixées par la loi, et ceux qui ne se conformeraient pas à celles-ci resteront passibles de sanctions. Il convient aussi de remarquer que le médecin devra être en mesure de prouver qu'il a respecté les garanties fixées par la loi. Il est donc certain que, lorsque la loi sera en vigueur, les médecins entreprendront une série de consultations, non seulement parce que la loi le prescrit, mais aussi pour étoffer leur dossier.

5) Qui doit décider de l'euthanasie, et comment enregistrer cette décision ? Le projet de loi part du principe que chacun peut décider de sa propre mort. Dans ce cadre, le dialogue entre le patient et le médecin, l'échange d'informations et les questions du patient sont essentiels. La déclaration de volonté du patient devra être consciente et éclairée. Comme il est possible qu'il ne soit plus en mesure de pouvoir exprimer cette volonté au moment requis, le projet de loi a prévu qu'une déclaration anticipée pourra avoir lieu. Bien entendu, des garanties entourant cette déclaration ont été prévues, comme par exemple la confirmation de celle-ci ou la

verklaring voorzien in de nodige waarborgen, bijvoorbeeld dat die verklaring moet worden bevestigd en dat een of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen.

6) Het euthanasievraagstuk is gerelateerd aan dat inzake de palliatieve zorg, en daarom had een door de spreker ingediend wetsvoorstel omtrent de problemen rond het levenseinde en de situatie van ongeneeslijk zieke patiënten zowel betrekking op euthanasie als op de palliatieve zorgverstrekking aan patiënten. Indien het recht op euthanasie wordt erkend moet hetzelfde gebeuren met het recht op palliatieve zorg.

7) Het is van belang dat geregistreerde gevallen van euthanasie niet, zoals oorspronkelijk gepland, stelselmatig aan het parket worden toegezonden. De Senaat heeft geopteerd voor een tussenoplossing : een federale controle- en evaluatiecommissie zal de gevallen van euthanasie onderzoeken en het dossier aan het parket bezorgen indien zij oordeelt dat de bij wet gestelde voorwaarden niet in acht zijn genomen. Voorts moet erop worden gewezen dat die commissie een verslag zal opstellen aan de hand waarvan in voorkomend geval verbeteringen kunnen worden aangebracht in de wet.

Het is van primordiaal belang dat men mensen waardig laat sterven. De parlementsleden staan thans voor een keuze. Voor de SP.A is die keuze duidelijk, en bestaat zij erin dat de partij zich aansluit bij het in de Senaat goedgekeurde ontwerp. Zoals François de Closets schreef : *« il s'agit ici de la dernière liberté de l'homme, à savoir de pouvoir disposer de la manière dont il quitte cette vie et de disposer de sa mort en conscience » (« La Dernière Liberté »*).

C. STANDPUNTEN VAN DE LEDEN

De heer Yvan Mayeur (PS) onderstreept dat het recht om waardig te sterven iedereen aangaat en dat het debat over euthanasie en palliatieve zorg helemaal niet beperkt blijft tot de parlementaire assemblees, maar ook in de samenleving plaatsheeft.

De kern van de inzet van het wetsontwerp betreffende de euthanasie bestaat erin de ongeneeslijk zieke het recht te geven te verklaren dat het fysiek en psychologisch lijden dat hem ten deel valt, zijn leven zo aftakelt dat het ondraaglijk wordt. Het postulaat dat aan het wetsontwerp ten grondslag ligt is dus dat nutteloos lijden onaanvaardbaar is, dat een meerderheid van de bevolking het op dit punt eens is, en dat de wetgever dit nieuwe gegeven in zijn rechtsregels moet opnemen.

Euthanasie zoals die in het wetsontwerp wordt opgevat, is een handeling die wordt verricht met volle eerbiediging van de gewetensvrijheid en de verlichte keuze van de betrokkenen. Elkeen die ertoe kan worden

désignation d'une ou de plusieurs personnes de confiance.

6) Le problème de l'euthanasie est lié à celui des soins palliatifs, et c'est pourquoi la proposition de loi relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable déposée par l'intervenant visait tant l'euthanasie que la prise en charge palliative du patient. Si le droit à l'euthanasie est reconnu, il faut aussi que le droit de chacun aux soins palliatifs soit affirmé.

7) Il est important que les enregistrements des cas d'euthanasie ne soient pas systématiquement transmis au parquet, comme c'était initialement prévu. Le Sénat a opté pour une solution intermédiaire : une commission fédérale de contrôle et d'évaluation examinera les cas d'euthanasie et, si elle estime que les conditions légales n'ont pas été respectées, elle transmet le dossier au parquet. Il faut également noter que cette commission établira un rapport devant permettre, le cas échéant, d'améliorer la loi.

Il est primordial de laisser les gens mourir dignement. Les parlementaires sont à présent devant un choix. Pour le SP.A, ce choix est clair, et consistera à se rallier au projet adopté par le Sénat. Comme l'a écrit François de Closets « il s'agit ici de la dernière liberté de l'homme, à savoir de pouvoir disposer de la manière dont il quitte cette vie et de disposer de sa mort en conscience » (« La Dernière Liberté »).

C. POINTS DE VUE DES MEMBRES

M. Yvan Mayeur (PS) souligne que le droit de mourir dans la dignité concerne tous les citoyens, et que le débat sur l'euthanasie et les soins palliatifs, loin d'être cantonné aux Assemblées parlementaires, a aussi lieu dans la société.

L'enjeu essentiel du projet de loi sur l'euthanasie est de donner au malade atteint d'une maladie incurable le droit de déclarer que les souffrances physiques et psychologiques qui s'imposent à lui dégradent sa vie à un point tel que celle-ci en devient insupportable. Le postulat qui sous-tend ce projet est donc que la douleur inutile est inacceptable, qu'une majorité de la population est d'accord sur ce point, et qu'il est requis que le législateur intègre cette donnée nouvelle dans son système juridique.

L'euthanasie, telle qu'elle est appréhendée dans le projet de loi, constitue un acte posé dans le respect absolu de la liberté de conscience et de la volonté éclairée des personnes concernées. Tout individu susceptible

den gebracht aan die handeling mee te werken, is vrij zulks te doen of te weigeren. Het wetsontwerp hecht trouwens groot belang aan de dialoog, aangezien het die een centrale plaats geeft in de relatie die tussen de arts en de patiënt tot stand moet komen. Dat is een essentieel element; euthanasie wordt heden ten dage immers onmiskenbaar verricht, en wel zonder die dialoog, soms zelfs zonder dat de patiënt bij bewustzijn is.

Het wetsontwerp bepaalt dat de arts aan wie het verzoek wordt gericht, vóór het verrichten van de euthanasie een andere arts moet raadplegen, die er zich op grond van het medisch dossier van de patiënt van zal moeten vergewissen dat deze aan een ernstige en ongeneeslijke aandoening lijdt en dat het fysiek of psychisch lijden dat hem treft, wel degelijk aanhoudend en ondraaglijk is en niet gelenigd kan worden.

Als er een verplegend team bestaat, moet de arts daarmee eveneens een gesprek hebben. Van dat team moet — zo heeft de commissie voor de Volksgezondheid het tijdens haar debatten bepaald — het team voor palliatieve zorg deel uitmaken dat eventueel voor de patiënt zorgt. In voorkomend geval moet het verplegend team ook in contact treden met de naasten. Het verdient aanbeveling hier te preciseren dat die contacten tot doel hebben de geraadpleegde arts toelichting te verschaffen, en niet over de zaak te oordelen.

In tegenstelling tot wat het wetsontwerp bepaalt, hadden sommigen het toepassingsgebied liever beperkt gezien tot de terminale patiënten. Het probleem met die beperking is dat het onmogelijk is de terminale fase te definiëren. Als men ervan uitgaat dat die begint als er geen genezende behandeling meer mogelijk is, zou die periode een aanvang kunnen nemen jaren voor het overlijden. Als die daarentegen wordt beperkt tot de doodsstrijd, zou dat betekenen dat het lijden van een persoon niet wordt gelenigd gedurende de weken of zelfs maanden voor de doodsstrijd. Het enige criterium dat in aanmerking moet worden genomen om euthanasie toe te staan, is dat van het aanhoudend en ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden, zoals het wetsontwerp bepaalt.

Wat de ontvoogde minderjarigen betreft, valt de mogelijkheid niet uit te sluiten dat zij ooit in de wet betreffende de euthanasie zullen kunnen worden opgenomen. De Nederlandse wet aanvaardt die mogelijkheid *hic et nunc* al, onder bepaalde voorwaarden. Daarover zal dus nog een debat en een bezinning moeten plaatshebben. In afwachting moet er stapsgewijs en omzichtig worden tewerk gegaan; daarom voorziet het wetsontwerp ook nog niet in die mogelijkheid, die in de huidige stand van zaken trouwens aan praktisch geen enkel verzoek zou tegemoetkomen.

Voor de patiënten die getroffen zijn door uitsluitend psychische aandoeningen, bepaalt het wetsontwerp dat euthanasie enkel mag plaatshebben als het lijden niet kan worden gelenigd. Psychologisch lijden dat kan word'être amené à participer à cet acte est libre de le faire ou de le refuser. Le projet accorde par ailleurs une grande importance au dialogue, puisqu'il le fait figurer au cœur de la relation qui doit s'instaurer entre le patient et le médecin. Cet élément est essentiel, car des euthanasies sont aujourd'hui indéniablement pratiquées, et ce sans que ce dialogue existe, et parfois même sans que le patient soit conscient.

Le projet de loi stipule que le médecin à qui est adressée la demande doit, avant de pratiquer l'euthanasie, consulter un second médecin qui devra s'assurer, sur la base du dossier médical du patient, que l'affection dont souffre celui-ci est de nature grave et incurable et que la souffrance physique ou psychique dont il est atteint a bien un caractère constant, insupportable et inapaisable.

Le médecin doit également s'entretenir avec une équipe soignante, si celle-ci existe. Cette dernière devra comprendre — la commission de la Santé publique l'a précisé lors de ses débats — l'équipe de soins palliatifs éventuellement en charge du patient. Le cas échéant, l'équipe soignante devra également avoir des contacts avec les proches. Il convient de préciser que ces contacts sont destinés à éclairer le médecin consulté, et non à juger du cas.

Certains auraient souhaité, contrairement à ce que prévoit le projet de loi, de limiter son champ d'application aux patients en phase terminale. Le problème de cette limitation est que la phase terminale est impossible à définir. Si l'on considère que celle-ci commence lorsqu'il n'y a plus de traitement curatif, cette période pourrait s'ouvrir des années avant le décès. Si, par contre, on limite celle-ci à l'agonie, cela impliquerait que les souffrances d'une personne ne seraient pas soulagées pendant les semaines, voire les mois précédant l'agonie. Le seul critère qui doit donc être pris en compte pour autoriser l'euthanasie est celui de la souffrance constante, insupportable et qui ne peut être apaisée, comme le prévoit le projet.

En ce qui concerne les mineurs (non émancipés), l'éventualité de permettre un jour que la loi sur l'euthanasie puisse les intégrer dans son champ d'application n'est pas à exclure. La loi néerlandaise accepte d'ores et déjà cette possibilité, sous certaines conditions. Il faudra donc qu'un débat et une réflexion à ce sujet aient lieu. Ceci étant, il faut procéder par étapes et avec prudence, et c'est pourquoi le projet ne prévoit pas encore cette possibilité, qui ne rencontrerait d'ailleurs, dans l'état actuel des choses, pratiquement aucune demande.

Pour ce qui est des patients atteints de souffrances exclusivement psychiques, le projet prévoit que l'euthanasie ne peut avoir lieu que si la souffrance ne peut être apaisée. Les souffrances psychologiques qui peuvent

den gelenigd, zoals dat bij de meeste depressies, wordt dus niet beoogd.

Het wetsontwerp betreffende de euthanasie beantwoordt aan een verwachting van de bevolking, van wie volgens een recente peiling door een Franstalige krant 75 % het wetsontwerp zou steunen. Hoewel men ongetwijfeld zijn tijd moet nemen om een kwalitatief hoogstaande wet uit te werken, moet men zich er ook van bewust zijn dat de zaak spoed vereist : er zijn immers patiënten die op de goedkeuring ervan wachten en het is onontbeerlijk het juridische waas rond dat vraagstuk weg te werken.

*
* *

De heer Daniel Bacquelaine (MR) merkt erop dat de euthanasie geen nieuw onderwerp is aangezien de eerste voorstellen bijna twintig jaar geleden bij het parlement zijn ingediend. Na een ruim debat zowel in de samenleving als in de Senaat heeft die laatste een wetsvoorstel terzake aangenomen dat door de overzending naar de Kamer een wetsontwerp geworden is en waarover de leden van Kamer zich moeten uitspreken.

Er wordt vaak gewezen op de noodzaak om de rechten en de vrijheden te verdedigen; de wetgever moet terzake wetgevend optreden om de inachtneming ervan te garanderen. Het wetsontwerp betreffende de euthanasie geeft uiting aan de wil om een door ons recht nog niet erkende fundamentele vrijheid tot regel te verheffen. Dankzij die vrijheid kunnen de burgers in welbepaalde omstandigheden beslissen niet voort te leven. Die vrijheid betreft dus de persoon zelf en heeft geen rechtstreekse of onrechtstreekse invloed op de rechten of de vrijheden van de anderen.

Kan men terzake een consensus bereiken ? Dat lijkt niet het geval te zijn aangezien de enen ervan uitgaan dat de persoon zelf over zijn leven beslist, terwijl de anderen menen dat het begrip eigendom niet geldt voor het leven en dat dit toebehoort aan een transcendentie of aan de samenleving. Indien men kiest voor de opvatting van degenen die van mening zijn dat het leven de persoon toebehoort maar dat het niet zijn eigendom is, dat wil zeggen dat de immanentie moet worden onderworpen aan de transcendentie, of het individueel leven aan het collectief leven, verhindert men zij die van oordeel zijn dat ze zelf over hun leven mogen beslissen voordeel te halen uit de consequenties van hun opvatting. De beste oplossing bestaat er dus in eenieder toe te staan zijn eigen overtuigingen te volgen, wat de tegenstanders van euthanasie geenszins belet geen gebruik te maken van de mogelijkheid die de wet hun biedt.

être apaisées, comme par exemple celles constatées dans la plupart des dépressions, ne sont donc pas visées.

Le projet de loi sur l'euthanasie répond à une attente de la population qui, selon un sondage récent d'un quotidien francophone, soutiendrait à 75 % le projet. S'il faut sans aucun doute se donner le temps pour élaborer une loi de qualité, il faut néanmoins être conscient qu'il y a urgence en la matière, puisque des patients attendent son adoption, et qu'il est indispensable de combler le flou juridique qui existe autour de cette problématique.

*
* *

M. Daniel Bacquelaine (MR) note que l'euthanasie n'est pas un sujet neuf, puisque les premières propositions ont été déposées au Parlement il y a près de vingt ans. Après un large débat, qui a eu lieu tant dans la société qu'au Sénat, ce dernier a adopté une proposition de loi sur cette question, devenu projet par sa transmission à la Chambre, et sur lequel les membres de la Chambre sont appelés à se prononcer.

La nécessité de défendre les droits et les libertés est souvent rappelée, et il appartient au législateur de légiférer en la matière, afin d'assurer leur respect. Le projet de loi sur l'euthanasie traduit la volonté de consacrer une liberté fondamentale non encore reconnue par notre droit. Cette liberté permet aux citoyens de décider, dans certaines conditions déterminées, de ne plus continuer à vivre. Cette liberté concerne donc la personne elle-même, et n'a pas d'effets directs ou indirects sur les droits ou la liberté d'autrui.

Est-il possible d'arriver à un consensus sur ce thème ? Il semble bien que ce ne soit pas le cas, car ou l'on considère que la vie appartient à la personne même, ou l'on pense que la notion de propriété ne vaut pas en matière de vie, et que celle-ci appartient à une transcendance ou au corps social. Si l'on choisit la conception de ceux qui sont d'avis que la vie est celle de la personne mais ne lui appartient pas en propre, c'est à dire qu'il faut soumettre l'immanence à la transcendance, ou la vie individuelle à la vie collective, on empêche ceux qui considèrent que la vie leur appartient en propre de bénéficier des effets de cette conception. La meilleure solution est donc de permettre à chacun de suivre ses propres convictions, ce qui n'empêche en rien les personnes opposées à l'euthanasie de ne pas recourir à la possibilité que leur offre la loi. Si tel ne devait pas être le choix des parlementaires, un frein serait mis à la liberté

Indien dat niet de keuze zou zijn van de parlementsleden zou afbreuk worden gedaan aan de individuele vrijheid en, op het stuk van de principes, aan de vrijheid zelf.

Er moet trouwens worden op geattendeerd dat die keuze geen oordeel impliceert over de opvattingen van de enen en de anderen, maar dat ze daarentegen de mogelijkheid biedt om meer vrijheid te geven en tegelijkertijd eenieders opvattingen in acht te nemen.

Het vraagstuk van de euthanasie brengt ons ertoe stil te staan bij het begrip lijden en over de zin die eraan moet worden gegeven. Lijden is een alarmsignaal. Het heeft dus een betekenis omdat het de persoon en de arts op het bestaan van een probleem wijst. Het is ook nuttig voor het stellen van de diagnose en het bepalen van de behandeling. In de meeste gevallen voelt de patiënt dat lijden niet meer na een aangepaste behandeling en zal hij blijven leven. In sommige andere gevallen is het lijden echter groter dan wat onze menselijke mogelijkheden toestaan, en zal het zelfs met een behandeling voortduren. Dan verliest het lijden zijn nut aangezien er geen remedie, geen oplossing meer is. Sommigen menen dat het toch zijn nut behoudt ten aanzien van andere waarden dan de genezing. Het betreft ongetwijfeld een achtenswaardige mening, maar ze kan niet worden opgelegd aan degenen die van oordeel zijn dat de persoon die het slachtoffer is van het lijden er een einde mag aan maken.

Die visie verklaart ook waarom geen onderscheid moet worden gemaakt tussen de terminale en de andere patiënten : als het lijden niet kan worden verzacht en de persoon het niet langer wenst te ondergaan, zou het onzinnig zijn het te verlengen, te meer omdat dat lijden in dergelijke gevallen lange tijd kan aanslepen.

Volgens sommigen moet niet wetgevend worden opgetreden omdat bijna nooit vervolgingen worden ingesteld wegens euthanasie. Die zienswijze is ononaanvaardbaar niet alleen omdat in sommige gevallen wel vervolgingen worden ingesteld, maar ook omdat zodoende de rol van de wet in waarde zou verminderen. De wetgever moet immers zijn verantwoordelijkheid opnemen en als hij ervan uitgaat dat euthanasie misdadig is, moet ze worden vervolgd.

Kortom er moet een wet worden goedgekeurd die iedereen de mogelijkheid biedt te leven en te sterven conform zijn eigen opvattingen. Een wet die dat niet zou toestaan, leidt niet tot een verruiming van de vrijheid omdat de nieuwe vrijheid die ze beweert aan te reiken een vrijheid onder dwang zou zijn.

*
* *

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) is tegen het wetsontwerp betreffende de euthanasie gekant. De vraag

individuelle, et, sur le plan des principes, à la liberté tout court.

Il faut d'ailleurs souligner que ce choix n'implique pas un jugement par rapport aux conceptions des uns et des autres, mais qu'il permet, au contraire, de donner davantage de liberté, tout en respectant les convictions de chacun.

Le problème de l'euthanasie nous conduit à nous interroger sur la notion de souffrance et sur le sens qu'il faut lui attribuer. La souffrance est un phénomène d'alerte. Elle a donc une signification dans la mesure où elle informe la personne et le médecin de l'existence d'un problème, et une utilité dans le sens où elle est utile au diagnostic et au traitement. Dans la plupart des cas, le patient ne ressentira plus, après un traitement approprié, cette souffrance, et il continuera à vivre. Dans certains autres cas cependant, elle sera plus forte que ce que permettent nos possibilités humaines et perdurera, même avec un traitement. À partir de ce moment, elle perd son utilité puisqu'il n'y a plus de remède, de solution. Certains considèrent qu'elle garde néanmoins son sens par rapport à d'autres valeurs que la guérison. Cette opinion est sans doute estimable, mais ne peut être imposée à ceux qui considèrent que la personne qui est victime de la souffrance peut y mettre fin.

Cette vision des choses explique aussi pourquoi il ne faut pas faire de différence entre les patients qui sont en phase terminale et ceux qui ne le sont pas : quand la souffrance ne peut être apaisée et que la personne souhaite ne plus la subir, il serait insensé de la prolonger, d'autant plus que cette souffrance peut, dans de tels cas, se prolonger pendant de longues périodes.

Certains considèrent qu'il n'est pas besoin de légiférer, car des poursuites relatives à l'euthanasie ne sont presque jamais intentées. Cette opinion ne peut être acceptée, d'une part parce qu'il arrive que, dans certains cas, des poursuites soient effectivement intentées, et d'autre part parce qu'on dévaluerait de la sorte le rôle de la loi. Le législateur doit en effet prendre ses responsabilités, et s'il considère que l'acte d'euthanasie est criminel, il faut qu'il soit poursuivi.

En conclusion, il est nécessaire qu'une loi soit adoptée, qui permette à chacun de vivre et mourir en fonction de ses propres conceptions. Une loi qui ne permettrait pas cela ne mènerait pas à une extension de la liberté, car la nouvelle liberté qu'elle prétendrait apporter serait une liberté sous contrainte.

*
* *

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) exprime son opposition au projet de loi sur l'euthanasie. La demande qui

die terzake kan bestaan, vloeit meestal voort uit de therapeutische hardnekkigheid en er kunnen andere middelen worden aangewend om die te voorkomen. Er moet trouwens worden opgemerkt dat het debat over de euthanasie gedateerd en in ruime mate achterhaald is gelet op de aanzienlijke vooruitgang op het stuk van zowel de palliatieve zorg als de pijnbestrijding. Het is in die omstandigheden paradoxaal dat men nu nog tracht de euthanasie wettig te maken. Ook het feit dat het wetsontwerp betreffende de euthanasie en het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg tegelijkertijd worden ingediend, kan worden gelaakt omdat men aldus de indruk wekt dat er een keuzemogelijkheid bestaat en dat euthanasie een aanvaardbaar alternatief is voor de leedverzachtende zorg. Er is geen keuze mogelijk gelet op de psychische druk die de terminale patiënt moet dragen : indien hij meent een last te zijn voor familie en verwanten, is het best mogelijk dat hij niet meer te hunnen laste wil zijn. In die omstandigheden kan men dus niet spreken van zelfstandigheid of van zelfbeschikking.

In plaats van terzake een wet goed te keuren, zou men beter de palliatieve zorg veralgemenen en die toegankelijker maken. Eens die maatregel is goedgekeurd, zal blijken dat euthanasie overbodig is en zal er geen meerderheid meer zijn om dat wetsontwerp te steunen.

De goedkeuring van een wet betreffende de euthanasie doet andere problemen rijzen :

— Wie vraagt om die wet ? De meeste artsen zijn ertegen. Slechts een kleine minderheid van de terminale patiënten zou er gebruik van willen kunnen maken. De vraag rijst dus of die enkele gevallen een radicale wetswijziging rechtvaardigen. Bestaat er geen gevaar dat sommigen tegen hun wil, onder druk van de gebeurtenissen tot euthanasie worden gebracht ?

— Euthanasie wordt internationaal afgekeurd, zoals onder meer blijkt uit de resolutie die de Raad van Europa terzake heeft aangenomen. Alleen België en Nederland zouden die daad toestaan.

— Probleem van de grijze zones : het wetsontwerp vertoont leemten en er is een reëel gevaar voor uitwassen. De gehanteerde terminologie is zeer vaag, wat in de praktijk ernstige gevolgen zou kunnen hebben. Wat moet men bijvoorbeeld verstaan onder een patiënt die « zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt » ? Bestaat er geen risico dat de mentaal gehandicapten in die categorie worden ondergebracht, vooral omdat het geldingsgebied van de wet niet beperkt is tot de terminaal zieke patiënten ?

— Straf : er is in geen enkele straf voorzien voor de personen die de in de wet aangegeven zorgvuldigheidscriteria niet in acht zouden nemen.

— Verzekeringen : de verzekeraars hebben veel vragen in verband met de levensverzekeringen.

peut exister en la matière résulte le plus souvent de l'acharnement thérapeutique, et d'autres moyens peuvent être mis en œuvre pour éviter celui-ci. Il convient d'ailleurs de remarquer que le débat sur l'euthanasie est daté et en grande partie dépassé, étant donné les importants progrès enregistrés tant en matière de soins palliatifs que de lutte contre la douleur. Dans ces conditions, il est paradoxal qu'aujourd'hui encore, on cherche à légaliser l'euthanasie. Il est également critiquable que le projet de loi relatif à l'euthanasie soit introduit en même temps que le projet relatif aux soins palliatifs, car l'on donne ce faisant l'impression, qu'une possibilité de choix existe et que l'euthanasie est une alternative acceptable aux soins palliatifs. Il n'y a pas de choix possible, étant donné le poids psychologique que doit supporter le patient en phase terminale : si celui-ci considère qu'il constitue un fardeau à charge de sa famille et de ses proches, il pourrait ne pas vouloir rester à leur charge. On ne peut donc pas parler d'autonomie dans ces situations, ni d'autodétermination.

Au lieu d'adopter une loi sur les soins palliatifs, il serait donc préférable de généraliser les soins palliatifs, et de permettre que ceux-ci soient plus facilement accessibles. Une fois cette mesure adoptée, il est certain que l'inutilité de l'euthanasie apparaîtra, et qu'il n'y aura plus de majorité pour soutenir ce projet.

L'adoption d'une loi sur l'euthanasie pose d'autres problèmes :

— Qui est demandeur de cette loi ? La majorité des médecins est contre. Seule une petite minorité des patients en phase terminale aimerait pouvoir y recourir. Il faut dès lors se demander si ces quelques situations justifient une modification radicale de la loi. Ne faut-il pas craindre que certaines personnes soient menées à être euthanasiées contre leur volonté, sous la pression des événements ?

— Il y a une désapprobation internationale de l'euthanasie, comme le montre notamment la résolution que le Conseil de l'Europe a adoptée en la matière. La Belgique serait le seul pays avec les Pays-Bas à permettre cet acte.

— Problème des zones grises : le projet n'est pas sans failles, et il existe un risque réel de dérives. La terminologie employée est des plus vagues, ce qui pourrait avoir, dans la pratique, de graves conséquences. Que faut-il par exemple entendre par « patients qui se trouvent dans une situation médicale sans issue » ? Le risque n'existe-t-il pas que l'on classe les handicapés mentaux dans cette catégorie, surtout quand on sait que le champ d'application du projet de loi n'est pas limité aux patients en phase terminale ?

— Sanction : aucune sanction n'est prévue pour les personnes qui ne respecteraient pas les critères de rigueur énoncés dans la loi.

— Assurances : les assureurs posent un grand nombre de questions concernant les assurances-vie.

— Er bestaat een groot risico dat de goedkeuring van de wet niet door de wetgever gewenste gedragingen bevordert, zoals bijvoorbeeld het euthanaseren, uit mededogen of medelijden, van personen die er niet om hebben gevraagd. Die personen zouden wellicht worden gestraft, maar het risico is groot dat ze, naar analogie van de euthanasie, minder streng worden gestraft dan thans het geval is. Het verdient de voorkeur dat het Strafwetboek terzake duidelijk blijft en dat alle aanslagen op het leven er strafbaar blijven.

Rekening houdend met alle problemen die de ontworpen wetgeving doet rijzen, zou het, zonder het debat eindeloos te willen rekken, misschien nuttig zijn enkele specialisten te horen die kritisch staan tegenover het wetsontwerp, omdat in de commissie voor de Volksgezondheid alleen voorstanders van de euthanasie werden gehoord.

Voorzitter Fred Erdman (SP.A) geeft aan dat de nietinachtneming van de in de wet opgesomde zorgvuldigheidscriteria met zich brengt dat de persoon die de euthanasie heeft gepleegd een misdrijf heeft begaan en dienovereenkomstig zal worden gestraft. Het is dus absoluut onjuist dat in geen enkele straf is voorzien.

In verband met de eventuele « toepassing naar analogie » van de wet betreffende de euthanasie op personen welke die handeling zouden stellen zonder de instemming van de betrokkene, is het misschien niet nutteloos eraan te herinneren dat de strikte toepassing van de strafwet een van de fundamentele principes is van ons recht.

*
* *

Mevrouw Martine Dardenne (Agalev-Ecolo) wijst erop dat het onderwerp van het levenseinde tot nederigheid en respect moet aanzetten en dat omzichtigheid geboden is in het delicate debat dat over dat vraagstuk wordt gevoerd.

Een van de voordelen van het debat dat reeds kon plaatshebben, is dat bepaalde taboes omtrent het levenseinde zijn weggewerkt. Dankzij de technologische vooruitgang op het stuk van de geneeskunde, waardoor men de indruk heeft de zaken beter onder controle te hebben, met inbegrip van het menselijk lichaam, is het thema van de dood minder aanwezig dan voordien, zeker in een samenleving waar alles wat op een mislukking of een aantasting lijkt wordt gebannen. Er moet dus dringend een debat worden gevoerd over die kwestie en het is in dat opzicht van belang dat de wetgeving inzake euthanasie en die in verband met de palliatieve zorg tegelijkertijd worden besproken omdat die laatste niet bestemd is om de euthanasie te vervangen maar moet worden gezien als een aanvulling ervan.

Er moet worden op geattendeerd dat in de artsenopleiding veel aandacht dient te gaan naar de pijnbehan-

— Le risque est grand que l'adoption de la loi favorise des comportements non voulus par le législateur, comme par exemple l'acte de personnes qui, par pitié ou compassion, procéderaient à l'euthanasie de patients qui ne la demanderaient pas. Ces personnes seraient sans doute sanctionnées, mais le risque est grand que, par analogie avec l'euthanasie, elles le soient moins sévèrement qu'actuellement. Il est préférable que le Code pénal demeure clair sur la question, et que toutes les atteintes à la vie y restent sanctionnées.

Compte-tenu de tous les problèmes que pose la législation proposée, peut-être serait-il utile, sans vouloir prolonger indéfiniment les débats, d'auditionner quelques spécialistes critiques envers le projet, car seuls des partisans de l'euthanasie ont été invités à s'exprimer en commission de la Santé publique.

M. Fred Erdman (SP.A), président, précise que le nonrespect des critères de rigueur énumérés dans la loi aurait pour conséquence que la personne ayant pratiqué l'euthanasie commettrait une infraction, et serait sanctionnée en conséquence. Il est donc absolument faux de dire qu'aucune sanction n'est prévue.

Quant à une éventuelle « application par analogie » de la loi sur l'euthanasie aux personnes qui pratiqueraient cet acte sans le consentement de la personne concernée, peut-être n'est-il pas inutile de rappeler que l'un des principes fondamentaux de notre droit est celui de l'application stricte de la loi pénale.

*
* *

Mme Martine Dardenne (Agalev-Ecolo) souligne que le sujet de la fin de la vie doit susciter humilité et respect, et que la prudence s'impose dans le délicat débat mené sur cette problématique.

L'un des avantages du débat qui a déjà pu être mené est d'avoir levé certains tabous concernant la fin de la vie. Suite en effet aux progrès technologiques en matière médicale, qui ont pu donner le sentiment d'une maîtrise de plus en plus grande des choses, y compris du corps humain, et dans une société où tout ce qui ressemble à un échec ou à une dégradation est quasiment banni, le thème de la mort est beaucoup moins présent qu'auparavant. Il était donc temps qu'un débat ait lieu sur cette question, et il est important de ce point de vue que la législation sur l'euthanasie soit examinée en même temps que la législation relative aux soins palliatifs, car ces derniers ne sont pas destinés à remplacer l'euthanasie mais doivent être compris comme complémentaires à celle-ci.

Il convient aussi de souligner qu'un grand effort de formation des médecins devra être entrepris en matière

deling en dat voldoende begrotingsmiddelen moeten worden vrijgemaakt.

Men kan niet ontkennen dat nu reeds om euthanasie wordt verzocht. Indien die verzoeken weldoordacht zijn en worden herhaald, moeten ze kunnen worden ingewilligd omdat terzake het principe van de vrije keuze van elke persoon de bovenhand moet hebben. In een pluralistische en democratische maatschappij moet dus worden gezorgd voor een regeling die soepel genoeg is zodat elkeen vrij kan kiezen, maar die tevens duidelijk genoeg is om een aantal uitwassen te voorkomen.

In het door de Senaat overgezonden wetsontwerp betreffende de euthanasie worden zowel voor de arts als voor de patiënt een hele reeks van voorwaarden gesteld om een euthanasie te mogen uitvoeren : de patiënt moet handelingsbekwaam en bewust zijn op het ogenblik van zijn verzoek, hij moet zich in een medisch uitzichtloze toestand bevinden van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en het verzoek moet vrijwillig, overwogen en herhaald zijn.

Er moet worden op gewezen hoezeer het nodig is om aan de patiënt die om euthanasie verzoekt duidelijke informatie te verstrekken, onder meer in verband met de mogelijkheid van palliatieve zorg. In de wet wordt ook aangegeven dat de arts een andere arts moet raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening. In verband met de begeleiding van de patiënt preciseert de wet dat die de keuze heeft zijn familie al dan niet bij zijn beslissing te betrekken.

Dat vraagstuk blijft ongetwijfeld ingewikkeld. Feit is dat de wet samenhangende en evenwichtige oplossingen aanreikt. De spreekster stipt dan ook aan dat ze het eens is met de inhoud van de tekst.

*
* *

Mevrouw Fauzaya Talhaoui (Agalev-Ecolo) merkt het bijzondere aspect op van de voorliggende wetsontwerpen. De laatste decennia zijn nogal wat taboes rond maatschappelijke thema's besproken en doorbroken, waaronder de zwangerschapsafbreking en het thema rond de holebi's. Nu ligt het thema van het sterven voor.

De vraag naar een kwaliteitsvol leven en een waardig levenseinde wordt dringend, rekening houdend met het feit dat de vooruitgang van de wetenschap de illusie schept dat het leven onsterfelijk wordt. Tezelfdertijd dringt de vraag naar de levenskwaliteit zich op. In dit kader speelt zich het euthanasiedebat af. Het gaat om mensen die zich in een uitzichtloze situatie bevinden en ondraaglijk lijden en die vragen om te worden geholpen omdat ze vinden dat verder in leven te worden gehouden niet meer levens- en menswaardig is. Er zijn grenzen aan het menselijk lijden. Een natuurlijke en zachte dood is niet aan iedereen gegeven. Het gaat om de vrijde traitement de la douleur, de même qu'il faudra que des moyens budgétaires suffisants soient dégagés.

On ne peut méconnaître que des demandes d'euthanasie existent déjà. Si elles sont réfléchies et répétées, elles doivent pouvoir être rencontrées, le principe qui doit primer en la matière étant celui du libre choix de chaque personne. Dans une société pluraliste et démocratique, il faut donc mettre en place un système suffisamment souple pour que chacun puisse exercer sa liberté de choix, mais suffisamment précis pour éviter une série de dérives.

Le projet de loi relatif à l'euthanasie transmis par le Sénat pose toute une série de conditions, concernant tant le médecin que le patient, pour que l'euthanasie puisse être pratiquée : il faut que le patient soit capable et conscient au moment de sa demande, qu'il soit dans une situation médicale sans issue et fasse état d'une souffrance physique ou psychique insupportable qui ne puisse être apaisée, et que la demande soit formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée.

Il faut souligner combien il est nécessaire qu'une information précise, notamment en ce qui concerne la possibilité de soins palliatifs, soit donnée au patient qui demande l'euthanasie. La loi précise aussi que le médecin doit s'assurer auprès d'un confrère du caractère grave de l'affection. En ce qui concerne l'accompagnement du patient, la loi précise qu'on laisse le choix à celui-ci d'associer ou non sa famille à la décision.

Si la problématique reste difficile, on constate que la loi apporte des réponses cohérentes et équilibrées. L'intervenant note donc qu'il peut se rallier au contenu du texte.

*
* *

Mme Fauzaya Talhaoui (Agalev-Ecolo) souligne la spécificité des projets de loi à l'examen. Ces dernières décennies, de nombreux tabous sociaux ont été discutés et brisés. Ce fut le cas de l'interruption de grossesse et des différentes formes de sexualité. Aujourd'hui, la question taboue que l'on ose aborder est celle de la mort.

Il devient en effet urgent de se pencher sur la question de la dignité de la fin de vie, compte tenu du fait que les progrès de la science créent l'illusion de l'immortalité. En même temps se pose la question de la qualité de la vie. C'est dans ce cadre que se déroule le débat sur l'euthanasie. Il s'agit de personnes qui se trouvent dans une situation sans issue, qui doivent faire face à une souffrance intolérable et qui demandent d'être aidées, car elles considèrent que leur maintien en vie ne leur offre plus une existence conforme à la dignité. Il y a des limites à la souffrance humaine. Il n'est pas donné à tous de quitter ce monde par une mort naturelle et sereine.

heid om persoonlijk te beslissen, om het leven in eigen beheer te nemen. Het gaat om zelfbeschikkingsrecht en ook om verantwoordelijkheid van arts, patiënt en samenleving. Er is dus nood aan een wettelijk kader, waarin zowel de individuele als de maatschappelijke verantwoordelijkheid nauw zouden moeten worden omschreven.

De spreekster is de mening toegedaan dat er een breed maatschappelijk draagvlak is onder de bevolking om het debat te voeren. Zij meent tevens dat heel wat artsen positief staan tegenover zulke mogelijkheid. In de huidige situatie is het medisch handelen rond het levenseinde onttrokken aan elke controle. Door het gebrek aan transparantie zijn er ook geen waarborgen dat de uitvoering van de euthanasie op een degelijke en correcte manier verloopt. Met het voorliggend wetsontwerp hoopt het lid dat er een duidelijke en transparante wetgeving rond euthanasie komt. Er is geen recht op euthanasie in hoofde van de patiënt, er is ook geen verplichting in hoofde van de arts om euthanasie te plegen. Het waarborgt dat de arts niet hoeft te handelen in strijd met zijn eigen normen en waarden. Iedereen zou wel recht moeten hebben op palliatieve zorg. In dit wetsontwerp wordt de relatie patiënt-arts opnieuw herdacht. Er wordt een overlegmodel geïntroduceerd waarbij informatie wordt uitgewisseld over het al dan niet starten van een behandeling en over het al dan niet stoppen van een behandeling. De patiënt moet over alle noodzakelijke informatie beschikken om met kennis van zaken over zijn leven te kunnen beschikken.

Van de arts wordt in een euthanasiecontext naast zijn medische deskundigheid ook betrokkenheid gevraagd. Dit veronderstelt dat artsen, die worden geconfronteerd met patiënten die zich in een uitzichtloze en ondraaglijke situatie bevinden, met volle begrip moeten kunnen omgaan. Omgaan met stervenden houdt in dat universiteiten dringend werk moeten maken van opleidingen voor jonge artsen die met deze thematiek te maken hebben. De spreekster denkt daarbij in het bijzonder aan artsen die in kankerafdelingen zullen terechtkomen.

Voorts benadrukt zij nogmaals dat de patiënt een vrijwillig, duurzaam en herhaald verzoek moet hebben gedaan. Dat hij zich in een zeer uitzichtloze en ondraaglijke situatie moet bevinden. Dat de arts overtuigd moet zijn dat de patiënt een vrijwillig, herhaald en weloverwogen verzoek heeft gedaan, dat de uitzichtloosheid en het onnodig lijden aanwezig is. De patiënt eerlijk is ingelicht over zijn vooruitzichten inzake ziekte en genezing. De arts moet een of meerdere collega's hebben geraadpleegd, die ook de patiënt hebben gezien. De patiënt moet een schriftelijk verzoek hebben geformuleerd. De levensbeëindiging moet tenslotte zorgvuldig en correct worden uitgevoerd.

De spreekster hecht overigens veel belang aan de opname van de wilsverklaring. De wilsverklaring maakt

L'enjeu de l'euthanasie n'est autre que le libre arbitre, la liberté de prendre sa vie en mains. Il s'agit du droit de disposer de soi-même et de la responsabilité du médecin, du patient et de la société. Un cadre légal est donc nécessaire pour définir avec précision la responsabilité tant de l'individu que de la société.

L'intervenante estime qu'une grande partie de la population est d'avis qu'il faut mener ce débat de société. Elle pense également que nombre de médecins sont favorables à la création de ce cadre légal. Dans la situation actuelle, le traitement médical administré en fin de vie échappe en effet à tout contrôle. En raison du manque de transparence, il n'existe aucune garantie que l'euthanasie sera dûment pratiquée. Le membre espère dès lors que le projet de loi à l'examen permettra de mettre en place une législation claire et transparente en la matière. Ce projet ne prévoit ni le droit à l'euthanasie dans le chef des patients ni l'obligation de pratiquer l'euthanasie dans le chef du médecin. Ce dernier est ainsi assuré de ne pas être contraint de poser des actes contraires à ses convictions et valeurs personnelles. En revanche, chacun doit avoir droit aux soins palliatifs. Le projet à l'examen repense totalement la relation entre le patient et le médecin. Il introduit un modèle de concertation dans le cadre duquel sont échangées des informations sur la mise en œuvre ou non d'un traitement et sur l'arrêt ou non d'un traitement. Le patient doit en effet posséder toutes les informations nécessaires pour pouvoir disposer de sa vie en connaissance de cause.

Dans un contexte d'euthanasie, on attend d'un médecin non seulement sa compétence médicale, mais aussi son implication. Cela suppose que les médecins dont les patients se trouvent dans une situation insoutenable et sans issue doivent pouvoir faire preuve de beaucoup de compréhension. Il est urgent que les universités organisent des formations sur l'accompagnement des personnes en fin de vie pour les jeunes médecins qui sont confrontés à cette problématique. L'intervenante songe en particulier aux médecins qui seront amenés à travailler dans les départements de cancérologie.

Elle insiste encore une fois sur le fait que le patient doit avoir, de sa propre initiative, formulé une demande volontaire, persistante et répétée; qu'il doit se trouver dans une situation insupportable et sans issue, que le médecin doit être convaincu que le patient a formulé une demande volontaire, réfléchie et répétée, que ce dernier se trouve dans une situation sans issue et que sa souffrance est inutile. Le patient doit être informé en toute honnêteté de l'évolution prévisible de sa maladie et des perspectives de guérison. Le médecin doit avoir consulté un ou plusieurs collègues, qui ont également vu le patient. Le patient doit avoir formulé sa demande par écrit. Enfin, les actes tendant à mettre fin à la vie doivent être exécutés de manière correcte et avec rigueur.

L'intervenante attache du reste une grande importance à ce que soit prévue la possibilité de faire une déclara-

het volgens het lid mogelijk dat patiënten kunnen aangeven dat zij hun leven beëindigd willen zien indien zij in een situatie van uitzichtloosheid en ondraaglijk lijden komen te verkeren, maar zelf niet meer in staat zijn om hun wil te kennen te geven. Het voorhanden zijn van een wilsverklaring ontslaat volgens de spreekster niet de arts van de plicht om zijn persoonlijke afweging te maken inzake levensbeëindiging op verzoek. Voorts benadrukt zij dat dit wetsontwerp niet van toepassing is op wilsonbekwamen.

Met betrekking tot de vrees voor een escalatie van de vraag naar euthanasie meent de spreekster dat een democratie sterk genoeg moet zijn en de nodige garanties moet kunnen bieden opdat er geen sociale dwang zou kunnen worden uitgeoefend op mensen. Een staat moet de nodige sociale bescherming en aangepaste gezondheidszorg aan eenieder kunnen bieden. De uitbouw van palliatieve zorg voor eenieder is voor het lid een noodzakelijke voorwaarde.

Zij vervolgt dat men in een multi-culturele en multireligieuze samenleving leeft en dat dit overleg noodzakelijk maakt. Zij hoopt derhalve op een overlegmodel om tot een consensus desaangaande te kunnen komen.

De spreekster vervolgt dat men zich vroeg of laat zal moeten buigen over euthanasie voor minderjarigen en demente personen, over de hulp bij zelfdoding. Ten slotte vraagt zij zich af waarom er geen ethici werden opgenomen in de controle- en evaluatiecommissie.

*
* *

De heer Joseph Arens (PSC) vraagt dat de menselijke dimensie van het euthanasiedebat in aanmerking wordt genomen, want het gaat veeleer om onze toekomst en die van onze kinderen als menselijke wezens dan om een maatschappelijk debat waarbij twee onverzoenbare stellingen tegenover elkaar zouden staan.

Sommigen hebben met grote stelligheid beweerd dat hoegenaamd geen consensus mogelijk is en dat de besproken stellingen volkomen met elkaar in tegenspraak zijn.

Die bewering moet worden aangevochten.

Indien het debat zich vernauwt tot enerzijds de vrijheid om te sterven en anderzijds het verbod om te doden, dan kunnen die opties weliswaar dusdanig onverzoenbaar lijken — alleen al wegens de tegenstelling tussen het persoonlijk belang en een collectief belang — dat welke consensus ook schijnbaar ondenkbaar is. De te maken keuze is evenwel niet te herleiden tot dat dualisme, maar onderstelt voorafgaande reflectie over ons menszijn, over het Menselijk Wezen.

tion anticipée. Elle estime qu'une telle déclaration permet aux patients de faire savoir qu'ils veulent qu'il soit mis fin à leur vie s'ils se trouvent dans une situation sans issue et endurent une souffrance insupportable mais qu'ils ne sont plus en mesure d'exprimer leur volonté. L'intervenante considère que l'existence d'une déclaration anticipée n'exonère pas le médecin de son obligation d'apprécier personnellement l'opportunité d'interrompre la vie de son patient. Elle souligne par ailleurs que la loi en projet ne s'applique pas aux personnes incapables de manifester leur volonté.

En ce qui concerne la crainte d'une escalade de la demande d'euthanasie, l'intervenante estime qu'une démocratie doit être suffisamment forte et doit pouvoir offrir les garanties nécessaires afin qu'aucune pression sociale ne puisse être exercée sur quiconque. Un État doit être en mesure d'offrir à chacun la protection sociale nécessaire et des soins de santé adaptés. L'intervenante souligne que le développement de soins palliatifs pour chacun est une condition sine qua non.

Elle poursuit en faisant observer que nous vivons dans une société multiculturelle et multiconfessionnelle et qu'une concertation s'impose par conséquent. Elle espère dès lors qu'une concertation pourra être organisée de manière à parvenir à une solution consensuelle en la matière.

L'intervenante ajoute que, tôt ou tard, il faudra se pencher sur la question de l'euthanasie pour les mineurs et les personnes démentes ainsi que sur le problème de l'aide au suicide. Elle se demande enfin pourquoi la commission de contrôle et d'évaluation ne compte pas d'éthicistes.

*
* *

M. Joseph Arens (PSC) demande que la dimension humaine du débat sur l'euthanasie soit prise en compte, car bien plus qu'un débat de société qui opposerait des thèses inconciliables, c'est de notre avenir et de celui de nos enfants en tant qu'êtres humains qu'il est question.

Certains ont affirmé péremptoirement qu'aucun consensus n'est possible et que les thèses en présence sont totalement antinomiques.

Il faut s'inscrire en faux contre cette affirmation.

Certes, si le débat est placé en termes de choix entre la liberté de mourir ou l'interdit de tuer, ces options peuvent paraître tellement inconciliables, ne serait-ce que parce qu'elles opposent un intérêt individuel à un intérêt collectif, qu'aucun consensus ne semble concevable. Le choix qui doit être fait ne se résume pas à ce manichéisme, mais suppose une réflexion préalable sur notre humanité, sur l'Être Humain.

Indien men ermee instemt terzake een reflectie op gang te brengen, en een antwoord wordt verstrekt op alle werkelijke vragen zonder er ook maar één te ontwijken, dan ligt een consensus binnen bereik.

De spreker voegt eraan toe dat hij voorstander is van de individuele keuzevrijheid, maar dat moet voldaan zijn aan bepaalde voorwaarden opdat werkelijk van vrije keuze sprake kan zijn :

— het moet gaan om een vrije keuze die met kennis van zaken en in alle vrijheid is gemaakt;

— die keuze mag zeker niet van toevalligheden afhangen, noch onder ongeacht welke druk of uit welke economische of psychische noodzaak ook zijn gemaakt;

— iedereen moet over de nodige background of financiële middelen beschikken om die keuze in alle vrijheid te kunnen maken;

— deze keuze moet zijn gemaakt door een mens in de hoedanigheid van rechtssubject, niet in de hoedanigheid van consumptie-object.

Het door sommigen verdedigde concept « vrije wil » richt zich op een maatschappelijke elite, die over voldoende financiële middelen en *background* beschikt om zich die kennis en informatie eigen te maken, en derhalve onvermijdelijk toegang te krijgen tot de macht en vrijheid die deze laatste verschaffen.

De heer Arens onderstreept dat de door hem verdedigde voorwaarden passen in de inspanningen van de PSC om een nieuw politiek project te definiëren in een *« charte de l'humanisme démocratique »* (Handvest inzake het democratisch humanisme, *vert.*).

Dat handvest is erop gericht met iedereen die een alternatief zoekt voor het individualisme en materialisme van vandaag, een nieuwe politieke richting in te slaan, het zogenaamde « democratisch humanisme », dat de tweespalt tussen rechts en links overstijgt, en dat tegemoet komt aan de verwachtingen van de maatschappij van de eenentwintigste eeuw. De centrale politieke doelstelling bestaat erin geluk te scheppen voor de mens, voor iedere mens. De vooruitgang van de mensheid moet in dat perspectief de alfa en de omega van elk politiek ingrijpen worden, en de klemtoon dient te liggen op een veeleisende en verrijkende opvatting over de mens, waarbij de facetten identiteit en spiritualiteit van die mens ten volle worden erkend en waarbij diens plaats in de maatschappij niet uit het oog wordt verloren.

Dit humanisme is niet de vorm van humanisme waarbij in voorkomend geval wordt besloten om enkele individuen op te offeren ten bate van de gemeenschap. Het is al evenmin een humanisme waarbij de opvatting heerst dat de mens te definiëren valt buiten de context van de betrekkingen die hij met anderen onderhoudt. Nog minder is het een humanisme waarbij de mens wordt beschouwd als wezen dat niet los kan komen van zijn natuur.

Dit humanisme gaat ervan uit dat de mens vóór alles bestaat door zijn relatie tot de ander, en dat die relatie

S'il est accepté que cette réflexion soit menée et qu'il soit répondu aux véritables questions sans en éluder aucune, le consensus peut être atteint.

L'intervenant ajoute qu'il est partisan du libre choix de l'individu, mais qu'il faut, pour que celui-ci soit réel, que certaines conditions soient remplies :

— il doit s'agir d'un libre choix consenti en pleine connaissance de cause et en toute liberté;

— il faut qu'il soit certain que ce choix s'exerce sans contingence aucune, sans pression de quelque ordre que ce soit, sans contrainte économique ou psychique;

— les moyens, qu'ils soient intellectuels ou financiers, doivent être donnés à chacun d'exercer ce choix en pleine liberté;

— ce choix doit être celui d'un être, sujet de droits, et non d'un être, objet de consommation.

La conception du libre arbitre que certains défendent s'adresse à une élite de la société : celle qui dispose des moyens financiers et intellectuels pour accéder à la connaissance, au savoir et, inévitablement, au pouvoir et à la liberté que ces derniers procurent.

M. Arens souligne que les exigences qu'il défend s'inscrivent dans un nouveau projet politique que le PSC s'est efforcé de définir dans une « charte de l'humanisme démocratique ».

Celle-ci a pour objectif de construire, avec tous ceux qui veulent trouver une alternative à l'individualisme et au matérialisme contemporain, une nouvelle voie politique : « l'humanisme démocratique » qui transcende le clivage droite/gauche et répond aux attentes de la société du XXI^{e} siècle. Au centre de cet objectif politique se trouve le bonheur et l'épanouissement de l'homme, de tous les hommes. Le progrès humain doit dans cette perspective devenir l'alpha et l'oméga de toute action politique et mettre en exergue une conception exigeante et valorisante de l'homme, considéré dans toute sa dimension d'identité et de spiritualité et dans sa dimension sociale.

Cet humanisme n'est pas celui qui peut décider de sacrifier quelques individus au profit de la collectivité. Il n'est pas non plus celui qui croit que l'homme peut se définir indépendamment des relations qu'il a avec les autres hommes. Il est encore moins celui qui considère l'homme comme étant un être soumis à la nature.

Cet humanisme est celui qui considère que l'homme existe avant tout dans sa relation à l'autre, et que cette

hem de zin en waardigheid van zijn bestaan verschaft. Het gaat dan ook in tegen het huidige individualisme dat uitsluit en afzondert.

Een menswaardige en solidaire maatschappij onderstelt :

— dat de sociale band weer het centrale streefdoel van ons maatschappelijk project wordt;

— dat de mensen zingeving aangereikt krijgen en dat bakens voor hen worden uitgezet;

— dat iedereen een rol van verantwoordelijke medespeler toebedeeld krijgt;

— dat de markt en de wetenschap worden beschouwd als middelen ten dienste van de mens en niet als doelstellingen;

— dat het productieproces zowel vanuit sociaal als vanuit een fysisch-technisch oogpunt wordt bekeken;

— dat iedereen dankzij een passende opvoeding en opleiding en door een onbeperkte toegang tot informatie in de rol kan treden van verantwoordelijke medespeler.

De mens is een relatiegericht wezen dat in relatie staat tot anderen, en de fundamentele sociale band die onze maatschappij samensmeedt is en blijft het verbod om te doden.

Dokter Marie-Christine Payen schrijft dat zij steeds weer getroffen is als ze merkt hoezeer degenen — patiënten, naaste verwanten of verpleegkundigen — die om euthanasie verzoeken, erkennen moeite te hebben met dit idee dat indruist tegen ons diepst verankerde denkpatroon.

Het verbod om te doden is dus naast het verbod op incest en kannibalisme één van de drie oerbeginselen van onze maatschappij.

Het wetsontwerp definieert euthanasie als « het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek ».

Het is van fundamenteel belang dat men deze handeling blijft beschouwen als een ethische en strafrechtelijke overtreding van het verbod om te doden, en dat dit verbod enkel mag worden overtreden in een noodsituatie.

Onlangs nog is aan het verbod om te doden herinnerd in Aanbeveling 1418 van de Raad van Europa, getiteld *« Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and the Dying »*, alsook in het recente standpunt van de *Association Médicale Mondiale* d.d. 5 mei 2001 met betrekking tot euthanasie.

Voorts hebben sommigen er tijdens de debatten aan herinnerd dat het indirect ook vervat is in artikel 2 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, waarbij het recht op leven wordt bekrachtigd.

relation lui confère son sens et sa dignité. Il s'oppose donc à un individualisme contemporain qui exclut et isole.

Une société humaine et solidaire suppose :

— que le lien social soit remis au cœur de notre projet de société;

— que du sens et des balises soient donnés aux personnes;

— qu'un vrai rôle d'acteur responsable soit confié à chacun;

— que le marché et la science soient considérés comme des moyens au service des hommes et non comme des fins;

— que l'on considère au niveau du produit tant l'axe social que l'axe physico-technique;

— que chacun puisse bénéficier, par une éducation et une formation appropriée et par un accès sans réserve à l'information, de la possibilité d'accéder à ce rôle d'acteur responsable.

L'être humain est un être de relation, un être en relation, et le lien social fondamental qui soude nos sociétés est et demeure l'interdit de tuer.

Le docteur Marie-Christine Payen écrit qu'elle est toujours frappée de voir « combien ceux — patients, proches ou personnel soignant — qui demandent l'euthanasie reconnaissent éprouver des difficultés à l'idée de poser eux-mêmes cet acte, signe qu'il s'agit bien là d'un geste qui va à l'encontre de notre mode de pensée le plus profond ».

L'interdit de tuer est donc l'un des trois principes fondateurs de notre société avec celui de l'inceste et de l'anthropophagie.

Le projet de loi définit l'euthanasie comme « un acte pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne ».

Il est essentiel que cet acte demeure une transgression éthique et pénale de l'interdit de tuer et que seul l'état de nécessité puisse justifier une telle transgression.

L'interdit de tuer a encore récemment été rappelé dans la recommandation 1418 du Conseil de l'Europe de juin 1999 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants, ainsi que dans la position récente de l'AMM relative à l'euthanasie du 5 mai 2001.

Il est aussi indirectement inscrit dans l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme qui consacre le droit à la vie, comme certains l'ont également rappelé au cours des débats.

Euthanasie moet noodzakelijkerwijs een uitzonderlijke maatregel blijven om de ontsporingen te voorkomen waartoe de toestemming om te doden onvermijdelijk aanleiding zou geven.

Moet worden herinnerd aan de ontsporingen waartoe de toestemming om euthanasie te plegen in het recente verleden heeft geleid ?

De spreker merkt op dat hij het volkomen eens is met wat dokter John Lorber terzake schrijft, te weten dat hij absoluut gekant is tegen euthanasie hoewel zij volkomen logisch is, en in de handen van experts die op verantwoordelijke wijze handelen de meest humane manier kan zijn om met bepaalde situaties om te gaan. Volgens hem zou de legalisering van euthanasie een bijzonder gevaarlijk wapen zijn in de handen van de Staat of van een onkundige of gewetenloze persoon. Men moet niet ver in de geschiedenis terugkijken om te weten welke misdaden kunnen worden begaan mocht euthanasie worden gelegaliseerd.

Ook een andere arts, Leo Alexander, herinnert aan het volgende :

« Ook al namen deze misdaden tenslotte reusachtige afmetingen aan, toch werd het aan allen die hen onderzochten duidelijk dat zij waren voortgekomen uit een zeer onaanzienlijk begin. In het begin was het niet meer dan een heel subtiele accentverschuiving in de houding van de artsen. Het begon met het aanvaarden van een houding die elementair is voor de hele euthanasiebeweging, namelijk dat er levens bestaan die de moeite van het leven niet meer waard zijn. In de eerste fase betrof die houding alleen maar degenen die ernstig en chronisch ziek waren. Geleidelijk aan werd het aantal groepen in deze categorie hoe langer hoe groter : het ging nu ook om mensen die maatschappelijk onproductief waren, zij die op grond van ras ongewenst waren, en tenslotte allen die geen Duitser waren. Maar het is belangrijk om te beseffen dat de oneindig kleine hefboom die deze hele geestesgesteldheid in gang zette, uiteindelijk gevormd werd door de houding tegenover hen die ongeneeslijk ziek waren. ».

In onze almaar meer utilitaristische maatschappij, waar de economische logica domineert, is de toekomst van zwakke of verzwakte personen in gevaar.

Kunnen wij op een ogenblik, waarop wij allen opkomen voor het begrip Mens als rechtssubject, zelfs maar zeggen wie onder ons nog rechtssubjecten zijn ? In onze consumptiemaatschappij zijn mannen en vrouwen zelf consumptie-objecten geworden en de aangeklaagde scheeftrekkingen bij de aanwending van de gezondheidszorg zijn daarvan wel degelijk het bewijs.

En we zien dat het nog erger kan als zelfs onze kinderen verworden tot voorwerpen van consumptie en seksuele perversiteit.

Geloven dat de misbruiken en risico's van een oneigenlijk gebruik van een wetgeving inzake euthanasie niet

Que l'euthanasie reste dans le domaine de l'exception est une condition nécessaire pour éviter les dérives que l'autorisation de tuer engendrerait inévitablement.

Est-il nécessaire de rappeler les dérives auxquelles l'autorisation de l'euthanasie a pu conduire dans le passé récent ?

L'intervenant remarque qu'il souscrit entièrement, à cet égard, à ce qu'écrit le docteur John Lorber : « Je suis absolument opposé à l'euthanasie, bien qu'elle soit tout à fait logique et qu'entre des mains expertes qui agissent en conscience elle puisse être la manière la plus humaine de traiter certaines situations. Légaliser l'euthanasie serait une arme très dangereuse dans les mains de l'État ou d'un individu ignorant et sans scrupules. Il n'est pas nécessaire de remonter loin dans l'histoire pour savoir quels crimes on pourrait commettre si l'euthanasie était légalisée. ».

De même, un autre médecin, Leo Alexander rappelle :

« Quelles que soient les proportions que les crimes aient finalement pu prendre, il est devenu évident pour tous ceux qui ont fait de recherches sur eux qu'au début ils étaient modestes. Au tout début, il n'y avait qu'un subtil déplacement d'accent dans l'attitude fondamentale des médecins. On commence par l'acceptation, fondamentale dans le mouvement pour l'euthanasie, que certaines vies ne valent pas la peine d'être vécues. Dans ses premières formes, cette attitude ne concernait que les malades gravement atteints ou les malades chroniques : puis, peu à peu, la sphère des personnes à inclure dans cette catégorie fut élargie jusqu'à inclure ceux qui n'étaient pas socialement productifs, ceux qui étaient idéologiquement et racialement indésirables, et finalement tous les non-Allemands. Il est important de se rendre compte que le tout petit levier qui a mis en branle ce mouvement de pensée fut l'attitude envers les malades incurables. ».

Dans notre société de plus en plus utilitariste, dans laquelle la logique économique domine, le devenir des personnes faibles ou fragilisées est menacé.

À l'heure où tous nous défendons le concept de l'Homme, sujet de droit, pouvons-vous seulement dire lequel d'entre nous est encore sujet de droit ? Dans notre société de consommation, l'homme et la femme sont devenus eux-mêmes objets de consommation et les dérives que l'on dénonce dans l'utilisation des soins de santé sont bien là pour le démontrer.

Et nous sommes confrontés à pire encore lorsque même nos enfants deviennent des objets de consommation et de perversité sexuelle.

Ce serait se voiler la face et nier l'évidence que de croire que les dérives et les risques d'utilisation inap-

bestaan of zich niet zouden kunnen voordoen, zou erop neerkomen de kop in het zand te steken en de evidentie te negeren.

In onze consumptiemaatschappij wordt een voorwerp dat nutteloos is geworden of het ervan verwachte nut niet langer verschaft, of maar een beperkte rendabiliteit meer heeft, vernietigd en vervangen als het zichzelf al niet vernietigt.

Zal een wet die wordt uitgevaardigd in naam van de vrijheid van enkelen die om euthanasie verzoeken, geen afbreuk doen aan de vrijheid van een veel groter aantal zieken en gehandicapten die er niet om verzoeken ?

Uit de literatuur en uit de hoorzittingen in de Senaat blijkt dat 85 % van de sterfgevallen bij reanimatie geschiedt na stopzetting van de behandeling of het afwijzen van een therapie. De arts neemt die beslissingen op grond van de klinische toestand en de prognose van de patiënt, wat parameters zijn waarvan het gebrek aan precisie bekend is.

Dat soort aberratie waarbij de mens een object is geworden, moet worden voorkomen en daarom moet de overtreding van het verbod om te doden een uitzondering blijven op een fundamenteel principe.

Zon niet zal de wetgever verantwoordelijkheid kunnen worden aangewreven voor de zelfvernietiging van de maatschappij.

Er is niet alleen de kwestie van het verbod om te doden, de reflectie moet ook leiden tot een onderzoek van wat de essentie is van de menselijke natuur.

Voor een menselijk wezen hangt het bestaan van het begin tot het einde van het leven af van de aanwezigheid van de andere. Om te kunnen leven heeft de baby er behoefte aan dat hij wordt bekeken, dat hij wordt aangeraakt, heeft hij iemand nodig die tot hem spreekt, die hem noemt. Die blik die de andere op ons richt zal tot het levenseinde de grondslag blijven van onze menselijkheid.

De menselijke persoon wordt gevormd in zijn relatie tot de anderen, in de eerste plaats tot de moeder, dan tot de ouders en grootouders; tijdens de adolescentie is het via gelijken dat de mens zijn identiteit zoekt.

Zonder die blik van de andere op ons is het verzoek om euthanasie niet mogelijk. Het is echter ook die blik van de andere die op ons rust die, op een tegennatuurlijke wijze, het verzoek om euthanasie kan oproepen.

Mede gelet daarop ligt het voor de hand dat niemand kan beslissen aanstonds en met spoed gehoor te geven aan een verzoek om euthanasie zonder er de zin van te hebben onderzocht.

Er is geen vrije keuze als zij wordt opgelegd, er is geen vrije wil als hij niet door een rechtssubject wordt uitgeoefend.

Zoals dokter Payen schrijft kan niemand staande houden dat een persoon in zijn laatste levensfase niet teneergeslagen is en zijn oordeels- en beslissingsvermogen nog ongeschonden is. Wie kan beweren dat de wensen

propriée d'une législation en matière d'euthanasie n'existent pas ou ne pourraient advenir.

Dans notre société de consommation, lorsqu'un objet est devenu inutile ou qu'il ne rend plus les services que l'on attend de lui, lorsque sa rentabilité est réduite, cet objet est détruit et remplacé quand il ne se détruit pas lui-même.

Une loi édictée au nom de la liberté de quelques-uns qui demandent une euthanasie ne viendra-t-elle pas limiter la liberté d'un nombre beaucoup plus grand de malades et de handicapés qui ne la demandent pas ?

La littérature et les auditions réalisées au Sénat montrent que quelque 85 % des décès en réanimation font suite à un arrêt de traitement ou à une abstention thérapeutique. Ces décisions sont prises par le médecin sur la base de l'état clinique et du pronostic du malade, paramètres dont on connaît le manque de précision.

C'est cette dérive de l'être devenu objet qu'il faut tenter d'éviter et c'est pourquoi la transgression de l'interdit de tuer doit rester dans le domaine de l'exception à un principe fondamental.

À défaut, le législateur sera responsable de l'autodestruction de la société.

Au-delà de la question de l'interdit de tuer, la réflexion doit aussi mener à interroger ce qui est l'essence de la nature humaine.

Exister pour un être humain dépend de la présence de l'autre depuis l'origine jusqu'à la fin de vie. Pour vivre, le bébé a besoin d'être regardé, d'être touché, a besoin d'une présence qui lui parle, qui le nomme. Ce regard de l'autre sur soi sera jusqu'au bout de la vie le fondement de notre humanité.

L'être humain se construit sur sa relation aux autres, en premier lieu à la mère, puis aux deux parents et aux grands-parents; à l'adolescence c'est à travers les pairs qu'il recherche son identité.

Sans ce regard de l'autre sur soi, la demande d'euthanasie n'est pas possible. Mais c'est aussi ce regard de l'autre sur soi qui peut, de manière perverse, engendrer la demande d'euthanasie.

Dans cette mesure, il est évident que nul ne peut prendre la décision de déférer, dans l'urgence et l'immédiateté, à une demande d'euthanasie sans en avoir interrogé le sens.

Le choix n'est pas libre s'il est induit, le libre arbitre est inexistant s'il n'est pas exercé par un sujet de droit.

Comme l'écrit le docteur Payen, « qui peut affirmer qu'une personne qui est en fin de vie n'est pas déprimée et qu'elle possède toutes ses facultés de jugement et de décision ? Qui peut garantir que les « désirs » ex-

die de patiënt uit niet de verhullende verwoording zijn van een ander verzoek of niet zijn ingegeven door het gevoelen de anderen tot last te zijn ?

Iemand die het einde van zijn leven heeft bereikt staat per definitie altijd aan de zijlijn van het leven. In tegenstelling tot wat de gezonde mensen kunnen denken, blijft de drang tot leven, tot verbondenheid, tot zelfbehoud de doodsdrang vergezellen bij de stervende mens net als bij alle mensen. Die drang is soms groter dan ooit tevoren naarmate de zieke zijn eenheid, zijn bestaan zoekt te behouden

Men mag niet uit het oog verliezen dat het onder andere de ontwikkelingen in de geneeskunde en de biomedische wetenschappen zijn die het debat over euthanasie op gang hebben gebracht.

Dankzij die technologieën wordt de levensverwachting verlengd. Er is van nu af aan een geavanceerde geneeskunde, met onverhoopte resultaten. De medisch-technische en farmaceutische industrieën volgen de vooruitgang van de geneeskundige wetenschappen op de voet, zodanig zelfs dat onze oude onsterfelijkheidsdroom weer kan opduiken.

In die strijd tegen de ziekte en de lichamelijke aftakeling poogt de zieke tevergeefs enige vat te krijgen op wat hem overkomt en is al zijn hoop gevestigd op de toewijding en het vernuft van de artsen. Zelfs in het beste geval kan de zieke die drukte om hem heen alleen maar ondergaan, zonder er een actieve rol in te spelen, enerzijds omdat hij niet terzake kundig is en hij niets van de complexiteit van die handelingen begrijpt, en anderzijds omdat zijn emotionele betrokkenheid hem belet de toestand objectief te evalueren.

Al in dit stadium is de patiënt niet langer rechtssubject en een verantwoordelijkheid dragende medespeler, maar voorwerp van de wetenschap en de consumptie, in de handen van de medische stand, die de kennis bezit.

Als dan de therapeutische hardnekkigheid haar ultieme vorm aanneemt, de met talrijke draden aan allerlei apparatuur verbonden patiënt in de onmogelijkheid verkeert om nog met zijn naasten te communiceren en de intermenselijke afstand onoverbrugbaar is geworden, steekt het verzoek om euthanasie de kop op, omdat de patiënt het recht heeft verloren om zijn levenseinde te beleven in waardigheid en in wat de essentie van het menszijn is : de relatie tot de andere.

Dat verzoek is niet de keuze van een vrij en verantwoordelijk wezen. Wil de keuze vrij zijn, dan mag ze alleen maar met kennis van zaken worden gemaakt.

Maar wie kan vandaag beweren dat hij de dood kent en weet hoe zijn gang eruit zal zien naar een levenseinde waarvan elkeen hoopt dat het zacht en pijnloos is ?

Hoewel de mens het enige wezen is dat zich bewust is van zijn dood, kan hij zich die dood, op het vlak van het onbewuste, niet voorstellen.

primés par le malade ne dissimulent pas une autre demande ou ne sont pas influencés par le sentiment d'être une charge pour autrui ?

Une personne en fin de vie est, par définition, toujours du côté de la vie. Contrairement à ce que peuvent penser les biens-portants, la pulsion de vie, d'union, d'auto conservation, continue à côtoyer la pulsion de mort chez les mourants comme chez tous les êtres humains. Parfois plus forte que jamais alors que le malade cherche à maintenir son unité, son existence. ».

Il ne faut pas perdre de vue que ce sont, entre autres, les développements de la médecine et des technologies biomédicales qui ont amené à un débat sur l'euthanasie.

Grâce à ces technologies, l'espérance de vie s'allonge. Une médecine de pointe existe désormais, dont les résultats sont inespérés. Les industries médico-techniques et pharmacologiques emboîtent le pas aux progrès des sciences médicales au point que pourrait ressusciter notre vieux rêve d'immortalité.

Dans cette lutte contre la maladie et la dégradation physique, le malade tente vainement de comprendre un tant soit peu ce qui lui arrive et place tout son espoir dans le zèle et le génie des médecins. Même dans le meilleur des cas, le malade ne peut que subir cette effervescence sans pouvoir y jouer un rôle actif, d'une part parce qu'il est incompétent en la matière et qu'il n'entend rien à la complexité de ces gestes, d'autre part parce que son implication émotionnelle l'empêche d'évaluer objectivement la situation.

À ce stade déjà, le patient n'est plus sujet de droits et acteur responsable mais objet de la science et objet de consommation entre les mains du pouvoir médical qui détient le savoir.

Lorsque l'acharnement thérapeutique prend sa forme ultime, que le patient, relié par de multiples câbles à tout un appareillage est dans l'impossibilité d'encore communiquer avec ses proches, que la distance entre les êtres est devenue infranchissable, c'est alors que naît la demande d'euthanasie parce que le patient a perdu le droit de vivre sa fin de vie dans la dignité et dans ce qui fait notre essence d'être humain : la relation aux autres.

Cette demande là n'est pas le choix d'un sujet libre et responsable. Pour être libre, le choix ne peut s'exercer qu'en connaissance de cause.

Or, qui peut aujourd'hui prétendre connaître la mort et le cheminement qui sera le sien vers une fin de vie que chacun souhaite douce et sans souffrance ?

L'être humain, s'il est le seul être vivant à avoir conscience de sa mort, ne peut, au niveau inconscient, se la représenter.

Het lijden dat elkeen uit de laats fase van zijn leven wenst te bannen, is niet alleen fysiek lijden : het is ook moreel, psychisch lijden. Het is dat van de angst voor de dood, de ontreddering, de scheiding, de verbreking van de sociale band.

Het is ook het lijden van de naasten die geconfronteerd worden met die scheiding, het is ook hun angst.

Het is ten slotte het lijden en de angst van het verplegend personeel en van de arts ten aanzien van een falende wetenschap en van de moeilijkheid de confrontatie aan te gaan met de dood van de andere, de patiënt.

Eenieder een zachte dood verschaffen betekent eenieder in staat stellen zijn levenseinde tegemoet te gaan met maximaal comfort, zonder die angst die de wil teniet doet en het individu vervreemdt, waarbij het positieve imago van de persoon wordt teruggevonden in de relatie met de naasten of de personen die hem naar zijn levenseinde begeleiden.

Het is ook elkeen in staat stellen de nodige tijd te nemen om zijn leven te beëindigen. De hedendaagse fastfood- en wegwerpmaatschappij is niet geneigd ons de tijd de laten : noch om geboren te worden (geïnduceerde geboorten, veelvuldige keizersneden, …), noch om op te groeien. Als men dan zegt dat men de mensen de tijd moet laten om te sterven, komt dat misschien ongepast over.

Het verzoek om euthanasie is ook en in de eerste plaats een verzoek om hulp om zich die overgang van het leven naar de dood voor te stellen, om die overgang te volbrengen.

Geen enkele wet mag het verplegend personeel de mogelijkheid bieden in elke situatie van een naderend levenseinde waarmee het te maken krijgt af te zien van een diepgaande en interdisciplinaire analyse.

Pas na die analyse mag een (verplicht collegiale) beslissing worden genomen. Dat houdt ook in dat de patiënt niet beschouwd wordt als een object van zorg, maar als iemand die betrokken wordt bij de medische beslissingen en als een tot het einde toe waardig subject, ondanks een vaak onvermijdelijke fysieke en psychische aftakeling.

De keuze voor palliatieve zorg is dan primordiaal als begeleiding van het levenseinde en moet worden opgevat als een verplicht voorafgaande stap.

Een dergelijke benadering staat ook borg voor de integriteit van het verplegend personeel.

Dokter Payen schrijft : *« Légiférer [en matière d'] euthanasie peut être dangereux pour les patients, mais certainement aussi pour le médecin. Quels sont les enjeux psychiques d'une telle maîtrise sur la vie ? Comment l'être humain qu'est le soignant pourra-t-il assurer des actes aussi lourds moralement ? Quels aménagements va-t-il devoir trouver avec lui-même et avec les autres s'il est amené à transgresser de manière répétitive un tabou universel ? Même si cet acte est autorisé par une loi, il restera au niveau symbolique de*

La souffrance que chacun souhaite pouvoir supprimer en fin de vie n'est pas seulement une souffrance physique : elle est aussi une souffrance morale, psychique : c'est celle de l'angoisse de la mort, du désarroi, de la séparation, de la rupture du lien social.

Elle est aussi la souffrance des proches face à cette séparation, leur angoisse.

Elle est enfin la souffrance et l'angoisse du personnel soignant et du médecin face à l'échec de sa science et la difficulté de la confrontation à la mort de l'autre, le patient.

Procurer à chacun une mort douce, c'est permettre à chacun d'approcher sa fin de vie dans un confort maximal, en dehors de cette angoisse qui annihile la volonté et aliène l'individu, en retrouvant l'image positive de sa personne dans la relation aux proches ou aux personnes qui accompagnent vers la fin de vie.

C'est aussi permettre à chacun de prendre le temps dont il a besoin pour terminer sa vie. La société actuelle du fast-food et du prêt à jeter n'est pas encline à nous laisser du temps : ni pour naître (accouchements provoqués, césariennes multipliées …), ni pour grandir… Alors parler de laisser aux personnes le temps pour mourir peut paraître incongru.

La demande d'euthanasie est aussi et d'abord une demande d'aide à se représenter ce passage de la vie vers la mort, à accomplir ce passage.

Aucune loi ne doit permettre aux soignants de faire l'économie d'une analyse approfondie et interdisciplinaire de chaque situation de fin de vie rencontrée.

C'est au terme de cette analyse seulement qu'une décision, qui doit être collégiale, peut intervenir. Cela implique aussi de considérer le patient non comme un objet de soins mais comme un sujet, partenaire des décisions médicales et digne, jusqu'au bout, malgré une détérioration physique et intellectuelle souvent inévitable.

L'approche des soins palliatifs est alors primordiale en tant qu'accompagnement de la fin de vie et doit être conçue comme un préalable obligatoire.

Une telle approche est également le garant de l'intégrité du personnel soignant.

M. Payen écrit : « Légiférer [en matière d'] euthanasie peut être dangereux pour les patients, mais certainement aussi pour le médecin. Quels sont les enjeux psychiques d'une telle maîtrise sur la vie ? Comment l'être humain qu'est le soignant pourra-t-il assurer des actes aussi lourds moralement ? Quels aménagements va-t-il devoir trouver avec lui-même et avec les autres s'il est amené à transgresser de manière répétitive un tabou universel ? Même si cet acte est autorisé par une loi, il restera au niveau symbolique de l'ordre d'une trans-

l'ordre d'une transgression radicale et impossible sans grandes répercussions psychiques, qu'on le veuille ou non. Quel rôle la société risque-t-elle de faire jouer au médecin chargé par le patient de porter la mort ?

Toucher à la vie et à la mort d'autres êtres humains équivaut à toucher à des mécanismes archaïques et suscite parfois des émotions violentes et des passages à l'acte. ».

Hoe kan de verzorger — die per slot van rekening een mens is — handelingen verrichten waarvan de morele implicaties dermate zwaar zijn ? Hoe zal hij met zichzelf en met de anderen in het reine moeten komen als hij ertoe wordt gebracht herhaaldelijk een universeel taboe te doorbreken ? Ook al staat de wet die handeling toe, dan nog blijft ze symbolisch gezien een ingrijpende overtreding die onmogelijk kan worden begaan zonder ernstige psychische gevolgen — of men dat nu wil of niet. Welke rol dreigt de samenleving op te dringen aan de arts aan wie de patiënt zal hebben opgedragen zijn dood op zich te nemen ?

Door te raken aan het leven en de dood van andere mensen, raakt men aan eeuwenoude mechanismen, wekt men soms hevige emoties op en kan men iemand tot bepaalde handelingen aanzetten.

Ook kan terzake professor Schaerer worden aangehaald, die zich afvroeg hoe wij aan de samenleving kunnen vragen ons te doen sterven, als we bedenken dat die samenleving ons verwelkomt als iemand die deel van haar uitmaakt, terwijl ieder van ons tegelijkertijd ook bijdraagt tot het bestaan van die samenleving ? Zulks zou neerkomen op het verbreken van een overeenkomst. Vandaag plaatsen wij vraagtekens bij de waarden en symbolen die de kracht van onze samenleving uitmaken. Een wet zal het nooit vermogen een einde te maken aan het mysterie van de dood, noch aan de angst die dat mysterie oproept, aldus nog professor Schaerer

Daarom is een krachtige en nauwkeurige wetgeving vereist, die iedereen een menswaardig levenseinde garandeert, zonder dwang en in het volle besef van de gemaakte keuze. Voorts moet die wetgeving ervoor zorgen dat ontsporingen die niemand wenst, zoveel mogelijk worden voorkomen.

Om die redenen verdedigt de PSC de volgende krachtlijnen :

1. Euthanasie moet voort worden beschouwd als een ethische en strafrechtelijke overtreding van het verbod om te doden. Alleen in noodgevallen kan een dergelijk overtreding gerechtvaardigd zijn. De PSC zal daarom verzoeken het ter bespreking voorliggende wetsontwerp in die zin te amenderen.

2. Er moet een daadwerkelijke controle plaatsvinden, telkens wanneer een arts euthanasie heeft toegepast. De thans voorliggende tekst van het wetsontwerp schept echter geen ruimte voor een échte controle :

gression radicale et impossible sans grandes répercussions psychiques, qu'on le veuille ou non. Quel rôle la société risque-t-elle de faire jouer au médecin chargé par le patient de porter la mort ?

Toucher à la vie et à la mort d'autres êtres humains équivaut à toucher à des mécanismes archaïques et suscite parfois des émotions violentes et des passages à l'acte. ».

Comment le thérapeute — qui est lui-même un être humain — peut-il poser des actes dont les implications morales sont si lourdes ? Comment pourrait-il vivre en paix avec lui-même et avec les autres s'il est amené régulièrement à briser un tabou universel ? Même s'il est autorisé par la loi, cet acte reste symboliquement interdit et il paraît impossible — qu'on le veuille ou non —de poser cet acte sans en subir de graves conséquences psychologiques. Quel rôle la société risque-t-elle d'imposer au médecin dont le patient lui aura demandé d'assumer sa mort ?

On peut aussi citer le professeur Schaerer : « Comment demander à la société, qui nous accueille comme l'un des siens mais que chacun de nous contribue à faire exister, de nous faire mourir ? Cela constituerait la rupture d'un contrat. Ce sont les valeurs et les symboles qui donnent ses forces à notre société que nous remettons aujourd'hui en question. Une loi ne supprimera ni le mystère de la mort ni la peur que ce mystère génère. ».

Il faut donc une législation forte et précise qui soit le garant du droit de tout un chacun de vivre sa fin de vie dans la dignité humaine, sans contrainte et en pleine conscience du choix opéré, une loi qui prévienne dans toute la mesure possible d'éventuelles dérives que personne ne souhaite.

Pour ces motifs, les axes suivants seront défendus par le PSC :

1. L'euthanasie doit rester une transgression éthique et pénale de l'interdit de tuer. Seul l'état de nécessité peut justifier une telle transgression. C'est dans cette philosophie que le PSC demandera d'amender le projet de loi à l'examen.

2. Les actes d'euthanasie pratiqués par des médecins doivent être soumis à un véritable contrôle. Le texte du projet de loi tel qu'il nous est soumis ne permet cependant pas un réel contrôle :

— de gegevens die moeten worden verstrekt door de arts die euthanasie heeft toegepast, zijn ontoereikend;

— de arts moet die gegevens aan een commissie bezorgen die tegelijkertijd de wet moet evalueren en de toepassing ervan controleren. Ook al bekleden de leden van die commissie geen functie ter ondersteuning van het Gerecht, toch treedt zij op als een soort van parallelle rechtsinstantie die de dossiers sorteert. « In geval van twijfel kan de commissie […] besluiten om de anonimiteit [van de door de arts meegedeelde gegevens] op te heffen ». Indien de commissie met een tweederde meerderheid oordeelt dat de wettelijke voorwaarden niet werden nageleefd, zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings. Met andere woorden: de commissie zal haast nooit beslissen om een dossier aan de procureur des Konings over te zenden (zie het jongste advies van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren, d.d. 4 december 2001). In geval van vervolging zou de zaak gerechtelijk moeten worden onderzocht en zou het dossier moeten worden bezorgd aan een commissie van deskundigen die, op het niveau van het strafonderzoek, binnen de rechterlijke macht werkzaam zou zijn. Die commissie zou een advies moeten verstrekken. Tegen de arts mag geen aanhoudingsbevel worden uitgevaardigd zolang de rechter geen kennis heeft genomen van het advies van die commissie. Voorts wordt aan de controle door de rechterlijke macht niet geraakt, aangezien de arts die euthanasie heeft toegepast een kort verslag moet richten tot een gerechtelijk geneeskundige, die dat verslag op zijn beurt aan de ambtenaar van de burgerlijke stand bezorgt. Er wordt voorzien in specifieke strafsancties om de naleving te waarborgen van de verplichting om een gedetailleerd medisch verslag bij te houden en het verslag aan de gerechtelijk geneeskundige te bezorgen. Wat de in het wetsontwerp opgenomen raadpleging van een tweede arts betreft, mag diens advies niet alleen « medisch » van aard zijn. Hij moet het verzoek van de patiënt kunnen checken. De geraadpleegde arts zou moeten kunnen vaststellen dat alle voorwaarden vervuld zijn : zowel die inzake de patiënt zelf (graad van bewustzijn), als die inzake zijn verzoek (vrijwillig, overwogen en herhaald verzoek, een herhaalde wilsuiting) en zijn gezondheidstoestand (de ongeneeslijke aard van zijn aandoening, de ondraaglijke en niet-lenigbare aard van zijn lijden, de diagnose in verband met het tijdstip waarop hij wellicht zal overlijden). Die tweede arts zou ook moeten nagaan of de toegediende verzorging wel doeltreffend is.

3. Morele en medische bijstand moet een grondvoorwaarde zijn om tot euthanasie te mogen overgaan. Die verplichte morele en medische bijstand door de arts aan de patiënt komt echter niet in het wetsontwerp voor. Daarin wordt euthanasie niet beschouwd als een « ultiem redmiddel » wanneer het verzoek van de patiënt wel degelijk de uiting is van diens vrije en in volle bewustzijn

— les données qui doivent être communiquées par le médecin qui a effectué un acte d'euthanasie sont insuffisantes;

— ces données sont envoyées par le médecin à une commission qui doit à la fois évaluer la loi et contrôler son application. Cette commission dont les membres ne sont pas des auxiliaires de la justice fonctionne cependant comme un organe judiciaire parallèle, qui « trie » les dossiers. S'il y a « doute », la commission « peut décider de lever l'anonymat des données communiquées par le médecin ». Si la commission estime, à la majorité des deux tiers, que les conditions de la loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi. En d'autres termes, la décision de renvoyer un dossier au procureur du Roi n'interviendra pour ainsi dire jamais (voir le dernier avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 4 décembre 2001). En cas de poursuite, l'affaire devrait être mise à l'instruction et le dossier renvoyé à une commission d'experts installée au sein du pouvoir judiciaire au niveau de l'instruction pénale. Cette commission rend un avis. Il ne peut être délivré mandat d'arrêt contre le médecin tant que le juge n'a pas pris connaissance de l'avis de cette commission. Par ailleurs, le contrôle par le pouvoir judiciaire reste intact puisque le médecin qui a pratiqué une euthanasie a l'obligation d'adresser un bref rapport à un médecin légiste qui le communique à l'officier de l'état civil. Des sanctions pénales spécifiques sont prévues en ce qui concerne les obligations relatives à la tenue d'un dossier médical détaillé et à l'envoi du rapport au médecin légiste. Lorsque le projet de loi prévoit la consultation d'un deuxième médecin, l'avis de ce médecin ne peut être purement « médical ». Il doit pouvoir vérifier la demande du patient. Le médecin consulté devrait constater l'existence de toutes les conditions, à savoir tant celles liées au patient lui-même (degré de conscience), qu'à sa demande (demande volontaire, réfléchie, répétée et volonté réitérée) et à son état de santé (caractère incurable de la maladie dont il souffre, nature inapaisable et insupportable de sa souffrance, pronostic relatif à l'échéance du décès). Ce second médecin devrait vérifier aussi l'adéquation des soins prodigués.

3. L'obligation d'assistance morale et médicale est un préalable à l'accomplissement d'un acte d'euthanasie. Or l'obligation d'assistance morale et médicale du médecin à l'égard du patient est absente du projet proposé. L'euthanasie n'y apparaît pas comme le « *recours ultime* », lorsque la demande du patient se révèle bien être l'expression d'une volonté librement consentie, en

uitgesproken wil, en wanneer het op geen enkele andere wijze meer mogelijk is het lijden van de patiënt te verzachten, met andere woorden : wanneer vaststaat dat de patiënt in een noodsituatie verkeert.

4. Het palliatief team moet worden geraadpleegd. Voor de arts iets onderneemt, is hij verplicht zich ervan te vergewissen dat de patiënt kan en heeft kunnen rekenen op een optimale begeleiding en verzorging. Die verplichte morele en medische bijstand moet in de wet worden opgenomen, evenals de verplichte begeleiding van de patiënt door een palliatief team. De arts kan alleen maar overwegen euthanasie op een patiënt toe te passen als er geen andere alternatieven meer zijn die een serene overgang van het leven naar de dood mogelijk maken. Voorts is uit de hoorzittingen gebleken dat de voorafgaande raadpleging van een collega-arts de beste bescherming biedt tegen zowel de geduchte clandestiene euthanasie, als tegen therapeutische hardnekkigheid dan wel verwaarlozing : die verplichte raadpleging zou in de ontworpen wettekst duidelijker en ruimer aan bod moeten komen. Het advies van het verzorgend team zou bij het medisch dossier moeten worden gevoegd en het palliatief team zou verplicht moeten worden geraadpleegd. De deskundigheid van het palliatief team, dat uit een arts, verpleegkundigen en psychologen bestaat, maakt de raadpleging ervan onontbeerlijk, wil men kunnen nagaan of de geboden begeleiding en verzorging doeltreffend zijn. De hoorzittingen in de Senaat hebben afdoend aangetoond dat luisterbereidheid, alsook een betere medische en psychologische begeleiding van de patiënt, een adequaat antwoord op diens verzoek mogelijk maken. In het merendeel van de gevallen brengt correct toegediende palliatieve zorg, die hier moet worden opgevat als een allesomvattende begeleiding van de patiënt, die patiënt op passende wijze soelaas, zodat verzoeken om euthanasie niet langer nodig zijn. In zijn jongste advies van 4 december 2001 heeft de Nationale Raad van de Orde er in dat verband aan herinnerd dat het aangewezen ware, teneinde te voorkomen dat de patiënt geen verzorging zou kunnen krijgen overeenkomstig de thans door de wetenschap verworven kennis, de arts te verplichten het advies in te winnen van een specialist op het stuk van pijnbestrijding, alsook tijdig te rade te gaan bij een deskundig verstrekker van palliatieve zorg, tenzij de patiënt zulks uitdrukkelijk weigert. De arts zou met het oog op de beslissing ook het advies moeten kunnen inwinnen van elke *derde* of van elke hulpverleningsinstantie waarvan het advies terzake nuttig kan zijn. De visie van derden die geen relatie hebben met de patiënt (bijvoorbeeld speciaal daartoe afgevaardigde leden van het plaatselijke ethisch comité van het ziekenhuis), is van doorslaggevend belang. Ook de mening van de *huisarts* is zeer belangrijk wanneer het levenseinde zich in een ziekenhuis voltrekt. Ter herinnering : in de medische plichtenleer wordt gepleit voor overleg tussen de behandelende ziekenhuisarts en de huisarts, vóór elke

toute connaissance de cause et que plus aucun autre moyen ne subsiste qui puisse soulager les souffrances du patient, en d'autres termes, lorsque l'état de nécessité est reconnu.

4. L'équipe palliative doit être consultée. Le médecin doit, avant d'agir, obligatoirement s'assurer que le patient a reçu et reçoit un accompagnement et des soins optimaux. Cette obligation d'assistance morale et médicale, d'accompagnement par une équipe dans le cadre de soins palliatifs doit être inscrite dans la loi. L'euthanasie du patient ne peut être envisagée par le médecin que s'il n'y a pas d'autres alternatives qui permette un cheminement serein du patient vers le passage de la vie à la mort. Par ailleurs, les auditions ont montré que la meilleure protection aussi bien contre les pratiques redoutées des euthanasies dites « clandestines », que contre l'acharnement ou l'abandon thérapeutique, était la consultation collégiale préalable : cette obligation de consultation devrait apparaître plus clairement et de manière plus large dans le texte de loi. L'avis de l'équipe soignante devrait figurer au dossier médical et la consultation de l'équipe palliative devrait être obligatoire. Par son expertise, la consultation de l'équipe palliative, incluant médecin, infirmières, psychologues, est indispensable pour vérifier l'adéquation tant de l'accompagnement que des soins prodigués. Les auditions au Sénat ont montré à suffisance qu'une attention bienveillante à l'égard du patient, un meilleur accompagnement tant médical que psychologique du patient permet d'apporter une réponse adéquate à la demande du patient. Les soins palliatifs, en tant qu'accompagnement global du patient, correctement administrés, apportent ainsi, dans la grande majorité des cas, le soulagement recherché par le patient, de sorte que les demandes d'euthanasie disparaissent. Le Conseil national de l'Ordre a, à cet égard, rappelé dans son dernier avis du 4 décembre 2001 « qu'afin d'éviter qu'un patient ne puisse recevoir des soins conformes aux données actuelles et acquises de la science, il convient de prévoir l'obligation pour le médecin sollicité de prendre l'avis d'un spécialiste de la lutte contre la douleur et d'appeler en temps utile en consultation une personne qualifiée en matière de soins palliatifs, à moins que le patient ne le refuse expressément ». Le médecin devrait aussi pouvoir recueillir l'avis de tout *tiers* ou toute cellule d'aide à la décision susceptible d'être utilement consultée. L'éclairage d'un tiers qui n'est pas impliqué dans la relation avec le patient est particulièrement important (par exemple, des membres délégués du Comité local d'éthique hospitalier). L'avis du médecin *généraliste* est aussi très important lorsque la fin de vie a lieu en milieu hospitalier. Pour rappel, la déontologie médicale prône une concertation du médecin traitant hospitalier avec le médecin généraliste avant chaque décision importante concernant un patient (avis du 4 décembre 2001 du Conseil national de l'Ordre des médecins). Les avis recueillis devraient porter sur *l'en-*

belangrijke beslissing met betrekking tot de patiënt (Advies van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren d.d. 4 december 2001). De ingewonnen adviezen moeten betrekking hebben op *alle in de wet opgenomen voorwaarden* om tot euthanasie te kunnen overgaan. Die werkwijze staat borg voor de transparantie van de medische beslissingen, waarvoor de arts echter wel de eindverantwoordelijkheid blijft dragen. Die raadplegingen zijn ook onontbeerlijk voor de arts zelf die wordt verzocht een zwaarwichtige handeling te verrichten. Een *algemene visie op de patiënt*, waarin niet alleen psychologische maar ook sociaal-economische en familiale aspecten worden onderzocht, is absoluut noodzakelijk, wil men voorkomen dat patiënten om sociaal-economische redenen of onder druk van naasten om euthanasie verzoeken. Er zij aan herinnerd dat de meeste euthanasieverzoeken uitgaan van de familie van de patiënt. Het zou aldus interessant zijn dat de verzorgingsinstellingen vanuit een multidisciplinair oogpunt protocollen opstellen waarin wordt vastgelegd hoe terminale patiënten behoren te worden opgevangen. In die protocollen zou aandacht moeten uitgaan naar de psychologische begeleiding van de familie en de zorgverstrekkers. Het wetsontwerp vertrekt van het foute uitgangspunt dat de diverse plaatsen waar onze zieken worden opgevangen, inmiddels gehumaniseerd zijn en dat er een echte dialoog plaatsvindt tussen de arts, het verzorgend team, de patiënt en diens naasten. De werkelijkheid leert echter dat onze ziekenhuizen en RVT's kampen met een tekort aan personeel, dat het verzorgend personeel te weinig tijd heeft, dat er al te vaak nog geen sprake is van een dialoog tussen de arts en zijn team, dat de artsen onvoldoende zijn opgeleid op het stuk van pijnbestrijding en menselijke relaties, dat te weinig naar de patiënt en zijn naasten worden geluisterd, dat zij te weinig informatie krijgen en dat in onze ziekenhuizen wordt gehandeld volgens economisch-rationele wetmatigheden. In een dergelijke context ligt het voor de hand dat het ophemelen van de vrije keuze van de patiënt, niet meer is dan *window-dressing*, ja zelfs een vorm van ongehoord bedrog.

5. De verplichte naleving van de in de wet opgenomen voorwaarden om tot euthanasie te mogen overgaan, moet gepaard gaan met sancties. Thans is geen sprake van sancties wanneer de arts of de andere betrokkenen de in de wet opgenomen vormelijke, inhoudelijke en procedurele voorwaarden niet naleven, met name als het erop aankomt tot euthanasie over te gaan of rekening te houden met een wilsuiting. Evenmin is in sancties voorzien als niet werd tegemoet gekomen aan de verplichting inzake het bijhouden van een medisch dossier van de patiënt en inzake de stukken die op grond van de wet in dat dossier moeten zitten. Bovenal is nergens sprake van sancties tegen een arts die, na het toepassen van euthanasie, heeft verzuimd het registratiedocument in te vullen en over te zenden aan de federale controle- en

semble des conditions posées par le texte de loi pour pouvoir pratiquer une euthanasie. Cette démarche assure la transparence des décisions médicales, qui restent cependant de la responsabilité ultime du médecin. Ces consultations sont également indispensables pour le médecin lui-même, appelé à poser un geste grave. Une *approche globale du patient*, prenant en compte les aspects psychologiques mais aussi la situation socio-économique et familiale du patient, est absolument nécessaire pour éviter les demandes d'euthanasies pour raisons socio-économiques ou sous la pression des proches. Pour rappel, la majorité des demandes d'euthanasie sont formulées par la famille du patient. Il serait ainsi intéressant que les établissements de soins rédigent, dans une approche multidisciplinaire, des protocoles de prise en charge des patients en fin de vie. Ces protocoles devraient tenir compte de l'accompagnement psychologique dû aux familles et aux soignants. Le projet repose sur le présupposé erroné que les différents lieux de prise en charge de nos malades sont humanisés, qu'il y règne un véritable dialogue entre le médecin, l'équipe soignante, le patient et ses proches. Or, la réalité nous montre le manque d'effectif dans nos hôpitaux et nos MR(S), le manque de temps du personnel soignant, l'absence encore fréquente de dialogue entre le médecin et son équipe, le manque de formation des médecins tant en matière de traitements contre la douleur qu'en matière de relations humaines, le manque d'écoute et d'information du patient et de ses proches, et l'existence d'impératifs de rationalité économique dans nos hôpitaux. Dans un tel contexte, il est évident que prôner le libre arbitre de l'individu relève d'un leurre, voire d'une tromperie sans nom.

5. L'obligation de respecter les conditions posées par la loi pour pouvoir pratiquer une euthanasie doit être assortie de sanctions. Il n'y a pas de sanction en cas de non-respect par le médecin ou les personnes concernées des conditions de forme, de fond et de procédure imposées par loi, notamment pour pratiquer une euthanasie, ou pour prendre en considération une déclaration anticipée, pas de sanction en cas de non-respect des obligations relatives à la tenue du dossier médical du patient et des documents qui doivent s'y trouver en vertu de la loi, et surtout pas de sanction prévue en cas de non-respect de l'obligation pour le médecin qui a pratiqué une euthanasie de compléter et de renvoyer le document d'enregistrement à la commission fédérale de contrôle et d'évaluation. Qui obligera le médecin à res-

evaluatiecommissie. Wie zal de arts verplichten de procedure na te leven, het document naar behoren in te vullen en tijdig te verzenden ? Als een arts om het even welke van die voorwaarden niet nakomt, betekent zulks dan dat hij een « overtreding » begaat ? Zo ja, wat houdt die overtreding dan precies in ? Het kan gaan om doodslag, maar het valt niet uit te sluiten — en het is zelfs veeleer waarschijnlijk — dat de commissie het in geval van niet-naleving van een of meer van die voorwaarden opportuun acht het dossier niet verder te behandelen, zodat elke sanctie uitblijft.

6. De toepassingssfeer van de wet behoort nader te worden gepreciseerd :

— Euthanasie moet beperkt blijven tot de terminale fase van de ziekte.

— Sommige gehanteerde begrippen dienen nader te worden omschreven (fysiek of psychisch lijden, medisch uitzichtloze situatie, …).

— Het wetsontwerp heeft ook betrekking op ontvoogde minderjarigen, met andere woorden : ook op minderjarigen vanaf vijftien jaar. Het gaat hier om een slinkse manier om euthanasie op minderjarigen wettelijk te regelen.

— Het ware eveneens aangewezen dat de arts wordt verplicht na te gaan of de zieke bij bewustzijn is en of zijn verzoek vrijwillig en ondubbelzinnig is, niet alleen wanneer hij een euthanasieverzoek formuleert, maar ook wanneer het tijdstip van de euthanasie is aangebroken.

7. Voorzichtigheid is geboden in geval van euthanasie op patiënten die niet bij bewustzijn zijn, maar die voorheen een wilsverklaring hebben afgelegd :

— Het zou zeer gevaarlijk zijn euthanasie toe te staan op grond van een wilsverklaring van een patiënt van wie geenszins vaststaat dat hij terminaal is en wiens voorheen geuite wens door het verstrijken van de tijd inmiddels mogelijk niet langer geldt.

— Ook al erkennen de indieners van het wetsontwerp dat de wilsverklaring van de patiënt de arts niet bindt, toch leggen zij voor het opstellen van die wilsverklaring overdreven vormvereisten op. Maar die vormvereisten gelden dan wel niet op straffe van nietigheid. Moet de arts in meerdere of mindere mate rekening houden met een wilsuiting, naargelang zij overeenkomstig een groter of een kleiner aantal van die vormvereisten werd opgesteld ? Of moet een arts een wilsuiting volledig naast zich neerleggen als niet aan alle vormvereisten werd voldaan ? Wat als de wilsuiting inhoudelijk niet overeenstemde met het begrip « euthanasie », zoals in het wetsontwerp omschreven, maar veeleer met behandelingen die de patiënt als therapeutische hardnekkigheid aanvoelt ? Voorts is de tekst niet duidelijk over de wijze waarop die wilsverklaring moet worden bijgehouden. Terzake had de Raad van State kritiek op de te ruime bevoegdheid die in dat verband aan de Koning wordt gelaten.

pecter la procédure ? À compléter correctement le document ? À renvoyer le document à temps ? Cela signifie-t-il qu'en cas de non-respect d'une de ces conditions quelle qu'elle soit, le médecin commet une « infraction » ? Et s'il y a infraction, quelle est-elle ? Il peut s'agir de l'infraction de meurtre. Toutefois, il n'est pas impossible non plus — et même plutôt probable — qu'en cas de non-respect d'une ou plusieurs de ces conditions, la commission décide en opportunité de ne pas retenir le dossier et qu'aucune sanction ne soit appliquée.

6. Le champ d'application de la loi doit être précisé :

— L'euthanasie doit être limitée à la phase terminale de la maladie.

— Certains concepts utilisés doivent être précisés (souffrance physique ou psychique, situation médicale sans issue …).

— Le mineur émancipé est visé par la loi. Cela signifie qu'une personne dès l'âge de quinze ans est concernée par la proposition. C'est une manière détournée de légiférer sur l'euthanasie des mineurs.

— Il conviendrait également que le médecin ait l'obligation de vérifier que le malade est conscient et que sa demande est volontaire et non ambiguë, non seulement lorsqu'il formule une demande d'euthanasie mais aussi lorsque l'euthanasie est pratiquée.

7. L'euthanasie de patients inconscients sur la base d'une déclaration anticipée de volonté est sujette à caution :

— Autoriser l'acte d'euthanasie sur la base d'une déclaration de volonté anticipée du patient qui n'a nullement été confirmée en phase terminale alors que l'écoulement du temps a pu modifier la volonté exprimée antérieurement s'avère hautement dangereux.

— Par ailleurs, tout en reconnaissant que la déclaration anticipée de volonté du patient ne lie pas le médecin, les auteurs de la proposition assortissent sa rédaction d'un formalisme exagéré. Mais ces formalités ne sont pas prévues à peine de nullité. Le médecin doit-il prendre plus ou moins en considération une déclaration anticipée selon qu'elle a été rédigée dans le respect plus ou moins grand de ces formalités ? Ou le médecin doit-il écarter totalement une déclaration anticipée qui ne répond pas à toutes ces formalités ? *Quid* si le contenu de cette déclaration anticipée ne concernait pas l'euthanasie au sens de la proposition de loi mais les traitements considérés par le patient comme constituant de l'acharnement thérapeutique ? Le texte est d'autre part confus en ce qui concerne le mode de conservation de cette déclaration anticipée. Le Conseil d'État a critiqué à cet égard l'habilitation trop large donnée au Roi en la matière.

— Voor de patiënt kan het uitermate hachelijk blijken dat een derde die wilsverklaring zou mogen opstellen. Er kan ter vergelijking worden verwezen naar de eigenhandige testamenten, die steeds moeten zijn geredigeerd door de wilsbeschikker zelf.

— Elke door de patiënt geuite wens, ongeacht welke vorm die aanneemt, dient in de mate van het mogelijke in het medisch dossier van de patiënt te worden opgenomen. Ook al heeft dat element voor de arts juridisch geen dwingende kracht, toch vormt het een beoordelingselement. De actieve levensbeëindiging van patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn, mag evenwel niet toegestaan worden, *a fortiori* wanneer niet is voldaan aan alle waarborgen inzake de luciditeit van de patiënt bij de redactie van zijn wilsbeschikking.

8. In het wetsontwerp wordt euthanasie niet benaderd als een onderdeel van het grotere geheel van de patiëntenrechten. De patiënt wordt immers veel te laat geïnformeerd over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met name nadat hij een euthanasieverzoek heeft ingediend. De ontworpen tekst behoort een apart hoofdstuk met de algemene beginselen van de patiëntenrechten te omvatten, te weten dat de terminale patiënt zo goed mogelijk moet worden ingelicht over zijn gezondheidstoestand, met inachtneming van zijn onderscheidingsvermogen en zijn lichamelijke of geestelijke toestand. Een en ander impliceert dat alvorens enige medische handeling wordt verricht, de patiënt correcte informatie moet krijgen over de vooropgestelde medische handelingen (met de risico's en voordelen ervan), over de alternatieve therapeutische of palliatieve mogelijkheden, maar ook over de gevolgen van een niet-behandeling. De patiënt behoort die informatie te blijven krijgen tijdens de hele behandeling. Als algemeen principe moet gelden dat de patiënt in elk geval moet participeren in de beslissingen die op hem betrekking hebben, binnen de perken van zijn mogelijkheden. Die principes zijn inzonderheid van belang voor terminale patiënten.

9. Tot slot voorziet het wetsontwerp niet in een overgangsperiode. Zo een wetgeving wordt uitgebouwd, dient de toepassing in de praktijk te worden getoetst. Er moet rekening worden gehouden met de evoluerende economische en sociale context waarin een dergelijke wet ten uitvoer wordt gelegd en met de vooruitgang dankzij een ruimer aanbod aan palliatieve zorg. De wet zou voor een periode van 3 jaar toepassing moeten vinden; na die 3 jaar zouden de minister van Justitie en de minister van Volksgezondheid bij het Parlement terzake verslag moeten uitbrengen.

Voorts ware het interessant dat onderzoek kan worden verricht naar de lange-termijneffecten van euthanasie, op cultureel, sociologisch en psychisch vlak.

Het recht op sterven mag niet worden gezien als dat van een geïsoleerde persoon, die onder velerlei sociale druk en verplichtingen gebukt gaat, wel als dat van een bewust en geïnformeerd iemand met sociale contacten,

— Permettre la rédaction d'une déclaration anticipée de volonté par un tiers peut se révéler excessivement dangereux pour le patient. À titre de comparaison, les testaments olographes sont toujours rédigés de la main de leur auteur.

— Tout souhait exprimé par le patient, sous quelle que forme que ce soit, doit figurer, dans la mesure du possible, au dossier médical du patient. Si cet élément n'a pas de force juridique contraignante pour le médecin, il n'en constitue pas moins un élément d'appréciation. L'arrêt actif de la vie de patients inconscients ne peut cependant être admis, *a fortiori* si toutes les garanties quant à la lucidité du patient lors de la rédaction de sa déclaration anticipée de volonté ne sont pas réunies.

8. Le projet de loi n'aborde pas l'euthanasie dans le cadre général des droits du patient. En effet, l'information du patient en ce qui concerne son état de santé et son espérance de vie, apparaît beaucoup trop tardivement, à savoir lorsque le patient a formulé une demande d'euthanasie. Il conviendrait que le texte proposé contienne un chapitre spécifique énonçant les principes généraux relatifs aux droits du patient à savoir que le patient en fin de vie soit informé, de la manière la plus appropriée en fonction de sa capacité de discernement et de son état physique ou mental, sur son état de santé. Cela signifie qu'avant tout acte médical, le patient doit recevoir une information correcte sur les actes médicaux envisagés, les risques et les avantages qu'ils comportent, les possibilités thérapeutiques ou palliatives alternatives, ainsi que sur les effets d'une absence de traitement. L'information doit continuer à lui être donnée tout au cours du traitement. Le principe général doit être posé selon lequel en tout état de cause, le patient doit prendre part aux décisions le concernant, dans toute la mesure de ses capacités. Ces principes sont particulièrement importants à l'égard d'un patient en fin de vie.

9. Enfin, la proposition ne prévoit pas de période transitoire. Si on s'oriente vers une législation, il faut tester l'application de la loi sur le terrain. Il faut tenir compte de l'évolution du contexte économique et social d'application d'une telle loi et des progrès de la généralisation de l'offre de soins palliatifs. La loi devrait être applicable pour une période de trois ans et les ministres de la Justice et de la Santé publique devraient faire rapport au Parlement à l'issue de cette période.

Il serait aussi intéressant qu'une enquête puisse être menée sur les effets à long terme de l'euthanasie d'un point de vue culturel, sociologique et psychologique.

Le droit de mourir n'est pas celui d'un individu isolé, en butte à toutes les pressions et les contraintes sociales, mais celui d'un être humain conscient et éclairé, en relation avec l'autre, auquel est octroyé le droit de pren-

die de tijd mag nemen om zijn leven te beëindigen, in die overgang naar de dood wordt begeleid en tot op het einde van zijn leven wordt erkend in zijn menselijke waardigheid.

Indien daarvoor de vereiste middelen worden uitgetrokken kan het verzoek om euthanasie te ondergaan, worden beperkt tot situaties van uitzonderlijke wanhoop.

*
* *

Volgens *Mevrouw Simonne Leen (Agalev-Ecolo)* is palliatieve zorg de actieve en totale zorg voor ongeneeslijk zieken en voor hen voor wie het sterven binnen afzienbare tijd wordt verwacht.

Deze zorgverlening is niet langer gericht op genezing? maar op het optimaliseren van de kwaliteit van leven van mensen die een ongeneeslijke ziekte hebben en in de laatste levensfase zijn.

Dit impliceert ook zorg voor de naasten. Palliatieve zorg is totale zorg. Het is een zorgverlening met aandacht voor fysieke, psychische, sociale en spirituele aspecten van leven en sterven.

Het is een zorgverlening die door professionals, vrijwilligers en mantelzorgers samen wordt verleend, elkaar aanvullend, en ondersteunend. Het is een zorgverlening waarin zorgverleners de zorg dragen voor elkaar.

Palliatieve zorg beoogt ook bij te dragen tot een waardig sterven, daarbij steunend op enkele basispijlers :

— sterven « mag » : sterven wordt beschouwd als een natuurlijk en normaal proces en deel van het leven;

— palliatieve zorg wil de daad niet uitstellen, noch versnellen;

— centraal staat het welzijn van de palliatieve patiënt in al zijn dimensies vanuit zijn beleving;

— de patiënt en zijn familie worden zoveel mogelijk actief betrokken in de zorgverlening en ondersteund in hun keuzes met respect voor autonomie en eigenheid;

— palliatieve zorg vertrekt vanuit een betrokken … model waarin kwaliteiten als nabijheid, aanwezigheid, warmte, verbondenheid, solidariteit, « er zijn » centraal staan;

— de familie en de nabestaanden worden opgevangen, ondersteund, begeleid en betrokken bij de zorgverlening, dit tijdens de periode van ziekte, sterven en …;

— communicatie tussen alle betrokkenen is een absolute voorwaarde : zowel tussen zorgdrager en zorgverlener als tussen zorgverleners onderling.

dre le temps de finir sa vie, d'être accompagné dans ce passage de la vie à la mort, d'être reconnu jusqu'en fin de vie dans sa dignité humaine.

Si l'on s'en donne les moyens, la demande d'euthanasie peut alors être circonscrite à des situations de détresse exceptionnelle.

*
* *

Selon *Mme Simonne Leen (Agalev-Ecolo)*, les soins palliatifs sont des soins actifs et globaux, destinés aux personnes atteintes d'une maladie incurable et à celles dont le décès interviendra prochainement.

Cette prestation de soins n'est plus axée sur la guérison, mais sur l'optimisation de la qualité de vie de personnes qui se trouvent à un stade incurable de la maladie et dans la dernière phase de leur vie.

Cette approche implique également que l'on prévoie des soins pour les proches. Les soins palliatifs sont en effet des soins globaux. Ce sont des soins axés sur les aspects physique, psychique, social et spirituel de la vie et de la mort.

Ce sont des soins qui sont dispensés conjointement par des professionnels, des bénévoles et des personnes de l'entourage, qui se complètent et s'épaulent. C'est une prestation de soins dans le cadre de laquelle les dispensateurs de soins prennent soin les uns des autres.

Les soins palliatifs ont également pour but de contribuer à une mort digne, en s'appuyant sur quelques principes de base :

— mourir est un « droit » : la mort est considérée comme un processus naturel et normal, qui fait partie de la vie;

— les soins palliatifs ne visent pas à différer ni à accélérer cet événement;

— le bien-être du patient dans toutes ses dimensions en fonction de son vécu occupe une position centrale;

— le patient et sa famille sont associés de manière aussi active que possible à l'administration des soins et soutenus dans leurs choix en respectant leur autonomie et leur spécificité;

— les soins palliatifs procèdent d'un modèle participatif dans lequel des qualités telles que proximité, présence, chaleur, fraternité, solidarité, « être là », occupent une position centrale;

— la famille et les proches sont accueillis, soutenus, pris en charge et impliqués dans les soins, pendant la maladie, la fin de vie et …;

— la communication entre toutes les personnes concernées constitue une condition absolue : tant entre le bénéficiaire des soins et le prestataire des soins qu'entre les prestataires de soins entre eux.

In januari 2002 heeft de commissie voor de Volksgezondheid de wetsontwerpen betreffende de palliatieve zorg en euthanasie overgezonden door de Senaat, grondig bestudeerd.

De voornaamste zin staat in artikel 2.

Elke patiënt heeft recht op palliatieve zorg.

Er zijn reeds heel wat wijzigingen gebeurd en beleidsmaatregelen genomen. Minister Aelvoet zal daar meer informatie over geven.

Agalev-Ecolo-fractie blijft toch met enkele bezorgdheden zitten.

— Zal het budget van palliatieve zorg jaarlijks worden verhoogd worden ? De nood is groot en het aantal mensen dat palliatieve zorgen nodig heeft stijgt.

— Hoe gebeurt de opleiding en vorming van artsen, verpleegkundigen en medewerkers, vooral naar informatie en communicatie met patiënten en familie, en kennis van pijnbestrijding ?

— Hoe gebeurt de verdere uitbouw van de palliatieve zorg in de thuiszorg ?

— Thuis sterven is nog altijd duurder en organisatorisch moeilijker dan sterven in een ziekenhuis (Inspanningen werden reeds gedaan met het palliatief forfait, financiële tussenkomst bij palliatief verlof).

Agalev-Ecolo is voorstander van dit wetsontwerp.

Ze is er van overtuigd dat een goede palliatieve zorgcultuur veel leed kan verzachten, maar is er zich ook van bewust dat in sommige gevallen de vraag naar euthanasie blijft bestaan, en dringt dan ook aan op een goede regelgeving voor euthanasie ?

*
* *

De heer Hugo Coveliers (VLD) analyseert de ter bespreking voorliggende wetsontwerpen vanuit het oogpunt dat ze de patiënt de keuze bieden tussen twee mogelijkheden : palliatieve zorg of euthanasie. De visie van mevrouw Colen staat daar volkomen haaks op. Door de patiënt het recht op euthanasie te ontzeggen, legt men hem het leven op. Bijgevolg rijst de vraag op basis waarvan men zich het recht toe-eigent iemand te verplichten te leven — zelfs wanneer dat in hopeloos verslechterde fysieke en psychische omstandigheden moet gebeuren. De internationale verdragen — met name het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens — verankeren het recht op leven, maar niet de plicht tot leven.

Er is dus sprake van een fundamenteel verschil tussen twee samenlevingsvormen. Een samenleving kan worden gebaseerd op de rechten van haar leden, maar ook op hun plichten. De spreker kiest resoluut voor de

En janvier 2002, la commission de la Santé publique a examiné en profondeur les projets de loi relatifs aux soins palliatifs et à l'euthanasie transmis par le Sénat.

La phrase la plus importante de ce dernier figure en son article 2.

Tout patient doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs.

De nombreuses modifications y ont déjà été apportées, et des mesures politiques ont été prises. La ministre Aelvoet fournira plus d'informations à ce sujet.

Le groupe Agalev-Ecolo conserve cependant quelques sujets de préoccupation.

— Le budget des soins palliatifs sera-t-il revu à la hausse chaque année ? Les besoins sont importants et le nombre de personnes recourant aux soins palliatifs est en augmentation.

— Comment sont formés les médecins, les infirmiers et infirmières et les collaborateurs, notamment en matière d'information et de communication avec les patients et leur famille ainsi que dans le domaine de l'analgésie.

— Qu'en est-il du développement des soins palliatifs à domicile ?

— À l'heure actuelle, mourir chez soi coûte toujours plus cher et pose de plus grands problèmes d'organisation que mourir à l'hôpital (des efforts ont déjà été consentis avec le forfait palliatif, l'intervention financière octroyée dans le cadre d'un congé pour soins palliatifs).

Le groupe Agalev-Ecolo est favorable à ce projet de loi.

Il est convaincu qu'une culture de soins palliatifs bien conçue permettrait d'adoucir de nombreuses souffrances, mais est également conscient du fait que dans certains cas, la demande d'euthanasie subsiste. Il insiste dès lors sur la nécessité d'adopter une bonne législation pour réglementer l'euthanasie.

*
* *

M. Hugo Coveliers (VLD) analyse les projets de loi à l'examen comme offrant au patient le choix entre deux possibilités : le recours au soins palliatifs et l'euthanasie. La vision de Mme Colen s'oppose radicalement à cette conception. En refusant au patient le droit à l'euthanasie, elle lui impose la vie. La question est dès lors de savoir sur quoi se fonde le droit d'obliger quelqu'un à vivre, même dans des conditions physiques et psychiques désespérément dégradées. Les traités internationaux, notamment la Convention européenne des droits de l'homme, consacrent le droit à la vie, mais n'en proclament pas l'obligation.

Une opposition essentielle existe donc entre deux types d'organisations sociales. Il est possible de baser une société sur la base des droits de ses membres. Il est aussi possible de l'organiser sur la base de leurs

eerste zienswijze, in tegenstelling tot mevrouw Colen. Volgens hem heeft eenieder het recht zo lang mogelijk te leven in de best denkbare omstandigheden. Het is echter onaanvaardbaar iemand te verplichten voort te leven als die best denkbare omstandigheden in zijn ogen niet langer van tel zijn. Overigens is het geen toeval dat zelfmoord niet in ons Strafwetboek is opgenomen, terwijl dat bijvoorbeeld in het middeleeuwse recht wel het geval was.

Een mens is het resultaat van een voortdurend biologisch proces. Vanaf zijn geboorte is geweten dat zijn lichaam zich zal ontwikkelen en dat het, in een tweede fase, geleidelijk aan zal aftakelen tot de dood. Tijdens dat proces kan zich een fase voordoen waarin de patiënt niet langer een naar zijn aanvoelen aanvaardbare levenskwaliteit kan genieten. De visie dat het leven een recht en geen verplichting is, impliceert dat de patiënt in die fase de mogelijkheid moet krijgen er vrijwillig uit te stappen. De positieve kant van een en ander is dat het recht op leven ook de grondslag vormt van alle overheidsmaatregelen inzake veiligheid en gezondheidszorg.

Om die reden is de spreker voorstander van het recht op palliatieve zorg. De patiënt die daarvoor kiest, moet er ook daadwerkelijk aanspraak op kunnen maken, in naam van het recht op leven. In geen geval mag palliatieve zorg evenwel worden opgedrongen aan een patiënt die er niet van wil weten. Er zij op gewezen dat die zienswijze het begrip « terminale fase » overbodig maakt; overigens vindt de spreker niet dat dit aspect een voorwaarde moet zijn om recht te hebben op euthanasie. Waarom zou iemand die zijn levensomstandigheden niet langer aanvaardbaar vindt, geen beroep mogen doen op euthanasie indien de geneeskunde niet bij machte is zijn levensomstandigheden te verbeteren ?

De heer Jacques Germeaux (VLD) vindt dat de discussie omtrent het euthanasievraagstuk niet op het begrip « medelijden » mag berusten. De medische technieken zijn de jongste decennia zo sterk geëvolueerd dat het vandaag mogelijk is iemand zeer lang kunstmatig in leven te houden. Het ware beter terzake het begrip « respect » te hanteren. Niet alleen het respect voor het lijden, maar ook en vooral het respect voor de persoon zelf, maken dat het uit den boze is de behandeling van de patiënt op medelijden te baseren.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) wenst er de heer Germeaux op te wijzen dat haar betoog enkel betrekking had op de zogenaamde « actieve » euthanasie. Het is niet haar bedoeling een lans te breken voor therapeutische hardnekkigheid in naam van het absolute respect voor het menselijk leven. Ze heeft het dus niet gehad over de zogenaamde « passieve » euthanasie.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) vindt dat de heer Coveliers te veel de nadruk legt op het recht om over het eigen leven te beschikken. Als men zijn redevoirs. L'orateur déclare s'inscrire résolument dans la première approche, par opposition à Mme Colen. Selon lui, chacun doit bénéficier du droit de vivre aussi longtemps que possible et ce dans les meilleures conditions possibles. Mais il n'est pas acceptable d'imposer à quelqu'un de vivre lorsque les meilleures conditions possibles ne sont plus suffisantes à ses yeux. Ce n'est d'ailleurs pas sans raison que le Code pénal ne connaît pas le suicide, à la différence de ce que connaissait le droit du moyen âge.

Une personne est le fruit d'un processus biologique connu. Dès sa naissance, l'on sait que son corps va se développer et, dans une seconde phase, se détériorer progressivement jusqu'à la mort. Il peut arriver que ce processus comprenne une phase durant laquelle le patient ne peut plus atteindre une qualité de vie acceptable à ses yeux. Considérer la vie comme un droit et non comme une obligation implique qu'il faille, à ce stade, laisser au patient la possibilité d'en terminer volontairement. Mais, positivement, c'est aussi ce droit à la vie qui fonde toutes les mesures prises par l'autorité en matière de sécurité et de soins de santé.

Pour cette raison, l'orateur est partisan du droit aux soins palliatifs. Le patient qui fait le choix de recourir à cette technique est en droit de l'obtenir, au nom du droit à la vie. Mais il ne peut en aucun cas s'agir d'imposer les soins palliatifs à un patient qui n'en veut pas. Il convient de remarquer que cette conception rend superflue la notion de phase terminale, qui ne doit pas, selon l'intervenant, être une condition du recours à l'euthanasie. Pourquoi une personne qui ne trouve plus ses conditions de vie satisfaisantes ne pourrait-elle pas recourir à l'euthanasie lorsque la médecine n'est pas en mesure d'améliorer ses conditions de vie ?

M. Jacques Germeaux (VLD) estime le concept de compassion inapproprié pour aborder la question de l'euthanasie. Les techniques médicales ont tellement évolué dans les dernières décennies qu'il est possible de maintenir quelqu'un artificiellement très longtemps en vie. Il conviendrait plutôt de recourir à la notion de respect. Le respect, non seulement de la souffrance, mais surtout de la personne elle-même, interdit que l'on traite le patient d'une telle manière.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) tient à souligner, à l'attention de M. Germeaux, que son exposé ne visait que l'euthanasie dite « active. » Elle n'entend pas défendre l'acharnement thérapeutique au nom du respect absolu de la vie humaine. L'euthanasie dite « passive » n'entre donc pas dans son propos.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) pense que l'approche de M. Coveliers met beaucoup trop l'accent sur le droit à disposer de sa vie. À le suivre, il faudrait

denering volgt, moet men vraagtekens plaatsen bij de relevantie van om het even welke reglementering. We mogen niet vergeten dat de patiënt niet de enige betrokkene is bij zijn eigen euthanasie. Ook anderen treden terzake op, onder meer artsen, verpleegkundigen en apothekers. Al die betrokkenen moeten duidelijk kunnen weten waar de grens ligt, zodat overhaaste euthanasie, die een verdoken vraag is naar betere zorg, of therapeutische hardnekkigheid kunnen worden voorkomen.

Het argument dat het Strafwetboek zelfmoord niet straft, weegt bovendien onvoldoende zwaar. Het Strafwetboek straft wel degelijk al wie geen bijstand verleent aan personen in gevaar. Euthanasie kan daar ook onder vallen.

De heer Hugo Coveliers (VLD) herinnert eraan dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp duidelijk bepaalt dat het verzoek van de patiënt noch de arts, noch de verpleegkundige, noch de apotheker bindt.

De heer Danny Pieters (VU&ID) wijst op de fundamentele tegenstrijdigheid in het discours van de heer Coveliers, dat de allures heeft van het discours van een vrijdenker. Terwijl iedereen het eens is over een reeks van maatregelen ter bescherming van de persoon — zoals de maatregelen op het stuk van de voedsel- en de verkeersveiligheid — willen sommigen dat elk mens voor de meest wezenlijke aspecten van het leven vrij over zichzelf kan beschikken. Nochtans gaat het hier per definitie om mensen die in een extreem zwakke positie verkeren en die daarom op meer bescherming moeten kunnen rekenen.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vestigt er de aandacht op dat het begrip « terminaal » ambigu is, want wel zeer subjectief. Volgens de omschrijving van het woordenboek betekent terminaal « tot het eindstadium behorend ». Wat dat eindstadium precies inhoudt, is evenwel onduidelijk en kan voor iedereen verschillend zijn.

De heer Jacques Germeaux (VLD) herinnert eraan dat het begrip « terminale fase » al in de medische plichtenleer wordt gehanteerd, met name als een voorwaarde die de keuze van de arts bepaalt tussen een curatieve of een palliatieve behandeling.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) vindt dat het in geen geval de bedoeling van de wetgever mag zijn verwarring te scheppen tussen « terminale fase » en « terminale ziekte ». Mocht dat gebeuren, dan zouden alle ongeneeslijk zieken immers euthanasie kunnen eisen en zou de wet een overdreven grote draagwijdte hebben.

*
* *

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) is van mening dat er goede redenen zijn om wijzigingen aan het voor-

s'interroger sur l'opportunité d'une réglementation quelle qu'elle soit. Il ne faut pas oublier que l'acte d'euthanasie ne concerne pas que le patient. Il implique d'autres personnes : médecins, infirmiers et pharmaciens notamment. Il faut donner aux acteurs des bornes claires, afin d'éviter autant le recours précipité à l'euthanasie — qui dissimule en fait une demande de soins de meilleure qualité — que l'acharnement thérapeutique.

En outre, l'argument selon lequel le Code pénal n'incrimine pas le suicide n'est pas suffisant. Le Code pénal incrimine bien la non-assistance à personne en danger. Or, lorsque l'on parle d'euthanasie, c'est aussi de cela qu'il s'agit.

M. Hugo Coveliers (VLD) rappelle que le projet de loi à l'examen énonce clairement que la requête du patient ne lie ni le médecin, ni l'infirmer, ni le pharmacien.

M. Danny Pieters (VU&ID) souligne la contradiction fondamentale qui existe dans le discours libre-penseur de M. Coveliers. Alors que tout le monde s'accorde sur une série de réglementations protectrices des personnes — telles que les mesures de sécurité alimentaire ou routière par exemple — certains voudraient que pour les aspects les plus essentiels de la vie, chacun dispose librement de lui-même. Or, il s'agit par hypothèse de personnes en état de faiblesse extrême, qui doivent à ce titre bénéficier d'une protection accrue.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) attire l'attention sur l'ambiguïté du terme « terminal. » C'est une notion marquée d'une profonde subjectivité. Si l'on s'en réfère à la définition du dictionnaire, « terminal » se rapporte à ce qui est entré dans sa dernière phase. Or, la nature de cette dernière phase n'est pas claire, et peut être perçue différemment selon les personnes.

M. Jacques Germeaux (VLD) rappelle que la notion de phase terminale est déjà utilisée en déontologie médicale. Elle conditionne notamment le choix du médecin entre une démarche curative et une démarche palliative.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) estime que le but du législateur ne peut en aucun cas être de faire l'amalgame entre « phase terminale » et « maladie terminale ». Dans ce dernier cas, tous les malades atteints d'une maladie incurable pourraient réclamer l'euthanasie. La loi aurait alors une portée exagérée.

*
* *

Mme Joke Schauvliege (CD&V) estime qu'il y a de bonnes raisons de modifier le projet de loi à l'examen

liggende wetsontwerp betreffende euthanasie aan te brengen : na de goedkeuring in de Senaat is een maatschappelijk debat op gang gekomen over euthanasie en palliatieve zorg, sommige senatoren zijn sinds de stemming van mening veranderd en bekijken de problematiek nu genuanceerder, de commissie voor de Volksgezondheid van de Kamer stelt belangrijke wijzigingen voor. Om al die redenen stelt haar fractie voor om hoorzittingen te houden met acht experts die tot nog toe in het Parlement niet werden gehoord.

Haar fractie is bereid mee te werken aan een wettelijke regeling voor zowel euthanasie als palliatieve zorg. Een consensus is wel slechts haalbaar als de leden van de meerderheid bereid zijn naar ernstige argumenten te luisteren en er niet zonder meer van uitgaan dat de ethische en levensbeschouwelijke kloof tussen meerderheid en oppositie te breed is. Een andere voorwaarde voor een constructieve inbreng van CD&V is dat het wetsontwerp betreffende palliatieve zorg evenveel aandacht krijgt als dat over euthanasie.

De CD&V-fractie onderscheidt zes concrete punten van kritiek op de wetsontwerpen :

1) Palliatieve zorg komt naar voor als een alternatief voor euthanasie, terwijl het een basisrecht voor iedereen dient te zijn. Om ervoor te zorgen dat euthanasie beperkt blijft tot uitzonderlijke gevallen moet er een « palliatieve filter » in de wet worden ingeschreven. Die filter kan de vorm aannemen van een verplicht advies van een palliatief deskundige.

2) Euthanasie kan enkel een mogelijkheid zijn voor wie stervend is. Voor wie zich niet in de terminale fase van een ziekte bevindt, mag euthanasie geen optie zijn.

3) Euthanasie is niet toelaatbaar voor wie enkel psychisch lijdt. Aanvaarding van dergelijk subjectief lijden als grond voor euthanasie kan tot misbruiken leiden.

4) Een vooraf opgestelde wilsverklaring kan enkel de tijdgebonden visie van de persoon verwoorden. Bindende juridische gevolgen mogen er niet uit voortvloeien omdat niemand vooraf kan beoordelen hoe men over de waarde en de kwaliteit van zijn leven zal oordelen als men getroffen wordt door een ernstige ziekte. In het bijzonder levert de aanvaarding van een wilsverklaring als grond voor euthanasie risico's op voor de zwaksten in de samenleving.

5) Er dienen bijkomende zorgvuldigheidsvoorwaarden in de wet te worden ingeschreven. In het ontwerp is de voorafgaandelijke raadpleging van een tweede arts vrijblijvend en de controle achteraf onvoldoende uitgebouwd. In het bijzonder zal het parket niet kunnen optreden tegen misbruiken indien er in de federale controle- en evaluatiecommissie geen tweederde meerderheid is om een geval te laten onderzoeken. Men zou er beter aan doen de naleving van de voorwaarden te larelatif à l'euthanasie : son adoption au Sénat a suscité un véritable débat de société sur l'euthanasie et les soins palliatifs; depuis son vote, certains sénateurs ont en outre revu leurs positions et portent désormais un regard plus nuancé sur cette problématique; la commission de la Santé publique de la Chambre a enfin proposé d'importantes modifications. Par conséquent, son groupe propose d'organiser l'audition de huit experts que le Parlement n'a pas encore entendus.

Si son groupe est disposé à contribuer à l'élaboration d'une réglementation légale en matière d'euthanasie et de soins palliatifs, un consensus ne sera toutefois possible que si les membres de la majorité se montrent prêts à tenir compte d'arguments sérieux et ne prétendent pas *a priori* que la fracture éthique et philosophique entre majorité et opposition est trop importante. Par ailleurs, le CD&V ne pourra contribuer d'une manière constructive à ces travaux que si le projet de loi relatif aux soins palliatifs fait l'objet d'autant d'attention que le projet relatif à l'euthanasie.

Le groupe CD&V formule six critiques à l'encontre des projets de loi :

1) Les soins palliatifs apparaissent comme une solution de rechange à l'euthanasie, alors qu'il faudrait que ce soit un droit fondamental pour chacun. Il y a lieu de prévoir un « filtre palliatif » dans la loi, afin de faire en sorte que l'euthanasie reste limitée à des cas exceptionnels. Ce filtre peut consister en l'obligation de demander l'avis d'un expert en soins palliatifs.

2) L'euthanasie ne peut être envisagée que pour un mourant. L'euthanasie ne peut pas être un choix pour le malade qui n'est pas en phase terminale.

3) L'euthanasie n'est pas admissible pour le patient dont les souffrances sont uniquement d'ordre psychique. Accepter l'euthanasie pour de telles souffrances subjectives peut donner lieu à des abus.

4) Une déclaration anticipée ne peut traduire que l'intention du moment. Elle ne peut avoir d'effets juridiques contraignants, étant donné que personne ne sait à l'avance comment il appréciera la valeur et la qualité de sa vie au moment où il sera atteint d'une maladie grave. L'acceptation d'une déclaration anticipée comme justification de l'euthanasie comporte des risques, surtout pour les plus faibles.

5) Il y a lieu de prévoir des critères de rigueur supplémentaires dans la loi. Le projet prévoit que la consultation préalable d'un deuxième médecin est facultative; le contrôle exercé ultérieurement devrait par ailleurs être renforcé. C'est ainsi que le parquet ne pourra intervenir en cas d'abus si la commission fédérale de contrôle et d'évaluation ne décide pas à la majorité des deux tiers de faire examiner un cas. Il serait préférable que le respect des conditions soit contrôlé par un médecin légiste,

ten controleren door een wetsarts, die over zijn bevindingen rechtstreeks aan de procureur verslag kan uitbrengen.

6) Er mag niet worden voorbijgegaan aan de strafwet. In het ontwerp wordt euthanasie louter procedureel omschreven, waardoor het tot het gewone medische handelen gaat behoren.

Een belangrijk gedeelte van de bezwaren van de spreekster betreft de juridische onduidelijkheid die het ontwerp creëert : ieder lid van de meerderheid vindt blijkbaar de eigen visie terug in het ontwerp en dat kan tot grote rechtsonzekerheid leiden. Op louter juridisch-legistiek vlak formuleert de spreekster vier punten van kritiek :

1) Doordat men geen strafbepalingen invoert, overtreedt het ontwerp de dwingende inhoud van artikel 2 van het EVRM (Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden), die bepaalt dat de wet het recht op leven moet garanderen. Een schending van het recht op leven is volgens de geldende interpretatie enkel toelaatbaar indien er een noodtoestand is. « Noodtoestand » betekent dat twee belangen conflicteren en dat bij elke beslissing de schending van één of meerdere rechtmatige belangen onvermijdelijk is. Ook het feit dat het ontwerp euthanasie toelaatbaar maakt voor niet-terminale patiënten is strijdig met artikel 2 van het EVRM.

2) Het ontwerp overtreedt artikel 13 van het EVRM, dat het recht op daadwerkelijke rechtshulp toekent in geval van schending van de rechten en vrijheden in het verdrag, *in casu* het recht op leven. Door de afwezigheid van een autonome bevoegdheid van de rechterlijke macht om op te treden tegen misbruiken bij de toepassing van euthanasie, is daadwerkelijke rechtshulp niet verzekerd.

3) Het ontwerp is strijdig met artikel 151 van de Grondwet (bevoegdheid van de rechterlijke macht) omdat de federale controle- en evaluatiecommissie in de plaats wordt gesteld van het openbaar ministerie.

4) De terminologie is op verschillende punten onduidelijk. Vallen demente en gehandicapte personen of patiënten met MS onder het begrip « medisch uitzichtloos lijden » ? Wat is niet-lenigbare pijn ? Is een patiënt die « buiten bewustzijn » is per definitie een comateuze patiënt ? Het ontwerp legt zorgvuldigheidsnormen op, bijvoorbeeld de verplichting van aangifte, maar vermeldt niet wat de sancties zijn bij niet-naleving van die normen.

De spreekster is ook van mening dat op sommige vlakken te weinig waarborgen worden voorzien :

1) De zorgvuldigheidsnormen van de artikelen 3 en 4 moeten niet cumulatief worden toegepast : wanneer één van de grondvoorwaarden vervuld is, kan de arts tot euthanasie overgaan.

qui pourrait faire rapport sur ses constatations directement au procureur.

6) On ne peut faire fi de la loi pénale. Dans le projet, l'euthanasie est définie d'un point de vue purement procédural, la faisant ainsi relever des actes médicaux ordinaires.

Les objections de l'intervenante concernent en grande partie le flou juridique généré par le projet : il s'avère que chaque membre de la majorité retrouve sa propre vision dans le projet, ce qui risque de déboucher sur une grande insécurité juridique. Sur le plan purement juridique et légistique, l'intervenante formule quatre critiques :

1) Faute de dispositions pénales, le projet enfreint les dispositions impératives de l'article 2 de la CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales), qui dispose que le droit à la vie doit être protégé par la loi. Conformément à l'interprétation en vigueur, une violation du droit à la vie n'est admissible qu'en cas d'« état de nécessité ». L'« état de nécessité » implique que deux intérêts s'opposent et que, quelle que soit la décision, il sera inéluctablement porté atteinte à un ou plusieurs intérêts légitimes. Le fait que le projet admet l'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale est également contraire à l'article 2 de la CEDH.

2) Le projet viole l'article 13 de la CEDH, qui reconnaît le droit à un recours effectif en cas de violation des droits et libertés garantis par la convention, en l'occurrence le droit à la vie. Le pouvoir judiciaire ne pouvant pas intervenir de manière autonome contre les abus dans l'application de l'euthanasie, le recours effectif n'est pas assuré.

3) Le projet est contraire à l'article 151 de la Constitution (compétence de l'ordre judiciaire), parce que la commission fédérale de contrôle et d'évaluation se substitue au ministère public.

4) La terminologie est imprécise sur plusieurs points. La notion de « souffrance sans issue » s'applique-t-elle aux personnes démentes et handicapées ou aux patients atteints de sclérose en plaques ? Qu'entend-on par « souffrance qui ne peut être apaisée » ? Un patient « inconscient » est-il par définition dans le coma ? Le projet impose le respect de critères de rigueur, par exemple une obligation de déclaration, mais ne prévoit pas de sanction en cas de non-respect de ces critères.

L'intervenante estime aussi qu'à certains égards, les garanties offertes sont insuffisantes :

1) Les normes de rigueur visées aux articles 3 et 4 ne doivent pas être appliquées de manière cumulative : le médecin peut pratiquer l'euthanasie dès que l'une des conditions fondamentales est remplie.

2) De te raadplegen arts moet de grondvoorwaarden niet nagaan; hij moet enkel het ongeneeslijke karakter van de ziekte beoordelen.

3) De authenticiteit van de voorziene waarborgen kan niet worden gecontroleerd.

4) De federale controle- en evaluatiecommissie kan niet nagaan of de door de behandelende arts geconsulteerde personen kunnen worden geacht betrouwbaar te zijn.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) is vragende partij voor een open debat, waarin iedereen de persoonlijke mening kan verwoorden. Voor ethische thema's vindt ze trouwens dat het niet echt mogelijk is om voor een hele fractie te spreken.

De opvatting van de spreekster bevindt zich halfweg tussen de twee in de Senaat verwoorde uiterste standpunten, tussen zij die helemaal geen regeling willen en zij die het absolute zelfbeschikkingsrecht verdedigen. Ze zit op dezelfde golflengte als senator Vankrunkelsven, die het ontwerp heeft goedgekeurd onder invloed van de dynamiek in de Senaat, maar die nu ook vindt dat sommige elementen in het ontwerp nuancering behoeven. Welk signaal wil het Parlement geven door zijn goedkeuring te hechten aan de euthanasiewet ? Het signaal mag in geen geval zijn dat het absolute zelfbeschikkingsrecht wordt ingevoerd. Het gaat voor de spreekster om volwaardig sterven.

De spreekster geeft er de voorkeur aan dat de euthanasieregeling in een andere vorm wordt gegoten. Men zou euthanasie als specifiek strafbaar feit in het Strafwetboek kunnen inschrijven en die strafbepaling laten volgen door een aantal rechtvaardigings- of verschoningsgronden.

De spreekster pleit ervoor om veel meer een beroep te doen op palliatieve verzorging. Die moet niet enkel worden toegediend in de terminale fase van een ziekte, maar moet een integraal onderdeel zijn van een goede gezondheidszorg. Palliatie heeft een autonome waarde en hoeft niet noodzakelijk verbonden te worden met het euthanasievraagstuk, hoewel een gebrek aan palliatieve verzorging wel kan leiden tot onterechte euthanasievragen. Essentieel bij palliatieve verzorging is de volledige (curatieve, comfortgenererende, psychologische en morele) begeleiding van de patiënt. Momenteel is palliatie teveel het voorwerp van specialisatie, terwijl het deel zou moeten uitmaken van de basisopleiding van elke arts.

Hoe moet het begrip « euthanasie » worden gedefinieerd ? Men moet niet noodzakelijk de definitie die wordt voorgesteld door sommige artsen volgen. Sommige ingrepen bij het einde van het leven vallen niet noodzakelijk onder « euthanasie ». « Waardig sterven » is volgens de spreekster een omschrijving die de betekenis van euthanasie goed verwoordt. Euthanasie kan men, minstens tot de eerste evaluatie van de toepassing van

2) Le médecin qui doit être consulté ne doit pas s'assurer que les conditions précitées sont remplies; il doit seulement évaluer le caractère incurable de la maladie.

3) Il est impossible de vérifier l'authenticité des garanties prévues.

4) La commission fédérale de contrôle et d'évaluation est dans l'impossibilité de vérifier si les personnes consultées par le médecin traitant peuvent être jugées dignes de foi.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) souhaite que le débat soit ouvert et que chacun puisse s'exprimer à titre personnel. Dans le cadre de débats éthiques, elle estime d'ailleurs qu'il n'est pas vraiment possible de s'exprimer au nom de tout un groupe.

L'opinion de l'intervenante se situe à mi-chemin entre les deux points de vue extrêmes qui ont été défendus au Sénat : celui des opposants à toute forme de réglementation, d'une part, et celui des partisans d'un droit absolu à l'autodétermination, d'autre part. Elle partage en cela l'opinion du sénateur Vankrunkelsven, qui a approuvé le projet sous l'influence de la dynamique qui s'est installée au Sénat, mais qui estime également à l'heure actuelle que certains éléments du projet doivent être nuancés. Quel signe le Parlement entend-il donner en adoptant la loi sur l'euthanasie ? En aucun cas, il ne peut donner à penser qu'est instauré le droit absolu à l'autodétermination. L'intervenante estime qu'il s'agit ni plus ni moins que de mourir.

L'intervenante préférerait que l'on légifère différemment en matière d'euthanasie. On pourrait inscrire l'euthanasie dans le Code pénal en tant qu'infraction spécifique et assortir cette disposition pénale d'une série de causes de justification et d'excuse.

L'intervenante plaide pour que l'on recoure beaucoup plus aux soins palliatifs. Ces soins devraient non seulement être dispensés pendant la phase terminale d'une maladie, mais également faire partie intégrante de soins de santé de qualité. Les soins palliatifs ont une valeur en soi et ne doivent pas nécessairement être liés à la problématique de l'euthanasie, même si une absence de soins palliatifs risque de susciter des demandes d'euthanasie injustifiées. L'accompagnement intégral (curatif, de confort, psychologique et moral) du patient revêt une importance primordiale dans le cadre des soins palliatifs. À l'heure actuelle, les soins palliatifs sont trop l'affaire de spécialistes, alors qu'ils devraient faire partie de la formation de base de chaque médecin.

Comment faut-il définir la notion d'« euthanasie » ? Il ne faut pas nécessairement adopter la définition proposée par certains médecins. Certaines interventions en fin de vie ne relèvent pas nécessairement de la notion d'« euthanasie ». L'intervenante estime que « mourir dans la dignité » est une définition qui traduit bien la signification de l'euthanasie. Le mieux serait de réserver l'euthanasie aux patients en phase terminale, du moins

de wet, best beperken tot terminale patiënten. Misschien is « terminaal » geen precies omlijnd juridisch begrip, maar het is perfect verdedigbaar dat een belangrijke medische beroepsgroep, de artsen, daarover een oordeel mag vellen; dergelijke autonomie van de medische wereld bestaat ook voor andere belangrijke beslissingen. Omgekeerd vindt toch niemand dat de bevoegdheid van artsen te ver reikt door het feit dat zij om persoonlijke filosofische redenen kunnen weigeren aan euthanasie mee te werken ?

Wel moet de arts bepaalde voorwaarden op zo objectief mogelijke wijze toetsen, in het bijzonder de ongeneeslijkheid van de ziekte en het ondraaglijke karakter van het lijden. Ook zou de vraag of euthanasie enkel toelaatbaar is voor fysiek lijden, dan wel ook voor psychisch lijden mogelijk moet zijn, minder scherp worden indien enkel terminale patiënten binnen het toepassingsgebied van de wet worden gebracht.

De spreekster pareert de definiëring die sommigen voor het begrip « hulp bij zelfdoding » hanteren. Sommige van die definities kunnen tot misverstanden aanleiding geven. Indien men ervoor zou opteren om de euthanasiewet uit te breiden tot « hulp bij zelfdoding », dan zou dit optreden enkel mogelijk zijn onder dezelfde voorwaarden als euthanasie; « hulp bij zelfdoding » betreft dus allerminst een volledig en absoluut zelfbeschikkingsrecht zonder inkadering. Het belangrijkste verschilpunt met euthanasie is gelegen in het feit dat sommige zwaar zieke personen hun lot in eigen handen willen houden en de beëindiging van hun leven niet willen laten uitvoeren door anderen. « Hulp bij zelfdoding » is in deze strikte omschrijving zelfs minder verstrekkend dan « euthanasie », vooral omdat er een minder zware last bij de arts wordt gelegd. Om te vermijden dat « hulp bij zelfdoding » na de inwerkingtreding van de euthanasiewet een strafbaar feit zou blijven, verdient het aanbeveling om beide handelingen in dezelfde wet te regelen.

Uit het advies van de commissie Volksgezondheid onthoudt de spreekster dat er meer duidelijkheid moet komen over de rechtspositie van apothekers. Artsen en apothekers moeten ook afspraken maken over de vorm van het voorschrift voor een euthanaticum.

In het euthanasieontwerp wordt een onlogische discriminatie ingevoerd tussen ontvoogde minderjarigen, die onder het toepassingsgebied van de wet vallen, en niet-ontvoogde minderjarigen, voor wie euthanasie in geen geval mogelijk is. De spreekster verdedigt de stelling dat euthanasie onder strikte voorwaarden mogelijk moet zijn voor terminale minderjarige patiënten en dat de vraag of de minderjarige al dan niet ontvoogd is niet relevant is.

Omdat in België de meeste patiënten in een ziekenhuis of een rust- en verzorgingstehuis overlijden, zou

jusqu'à ce que l'on ait procédé à une première évaluation de la loi. Si le terme « terminal » n'est peut-être pas un concept juridique clairement défini, il est parfaitement défendable qu'une catégorie professionnelle médicale importante, à savoir les médecins, puisse porter un jugement à ce sujet; le monde médical jouit également d'une telle autonomie lorsqu'il s'agit de prendre d'autres décisions importantes. Inversement, personne ne trouvera que les médecins ont trop de pouvoir parce qu'ils peuvent refuser de prêter leur concours à un acte euthanasique pour des raisons philosophiques personnelles.

Le médecin doit cependant vérifier certaines conditions de la manière la plus objective possible et, en particulier, la nature incurable de la maladie et le caractère insupportable de la souffrance. Par ailleurs, la question de savoir si l'euthanasie est admissible uniquement pour soulager la souffrance physique ou si elle peut aussi être envisagée pour mettre fin à une souffrance psychique se poserait en des termes moins aigus si la loi ne s'appliquait qu'aux seuls patients en phase terminale.

L'intervenante n'accepte pas la définition que d'aucuns donnent de la notion d'« aide au suicide », dans la mesure où celle-ci peut être source de méprises. Si l'on devait choisir d'englober l'« aide au suicide » dans la loi sur l'euthanasie, cet acte serait soumis aux mêmes conditions que l'euthanasie; un fondement légal à l'« aide au suicide » n'équivaudrait donc nullement à consacrer un droit complet, absolu et inconditionnel à l'autodétermination. La principale différence avec l'euthanasie réside dans le fait que certaines personnes gravement malades souhaitent conserver leur sort entre leurs mains et ne pas confier à d'autres le soin de mettre fin à leur vie. Dans cette acception stricte, l'« aide au suicide » va même moins loin que l'« euthanasie », surtout parce qu'elle fait peser une charge moins lourde sur les épaules du médecin. Pour éviter qu'après l'entrée en vigueur de la loi sur l'euthanasie, l'« aide au suicide » continue de relever de la loi pénale, il est souhaitable que les deux actes soient réglementés dans la même loi.

L'intervenante retient de l'avis de la commission de la Santé publique qu'il y a lieu de préciser le statut des pharmaciens. Les médecins et les pharmaciens doivent aussi convenir de la forme que prendra la prescription d'un produit euthanasique.

Le projet relatif à l'euthanasie établit une discrimination illogique entre les mineurs émancipés, qui relèvent du champ d'application de la loi, et les mineurs non émancipés, sur lesquels l'euthanasie ne peut être pratiquée en aucun cas. L'intervenante défend le point de vue selon lequel l'euthanasie doit pouvoir être pratiquée, à des conditions strictes, sur des mineurs d'âge en phase terminale et estime par ailleurs que la question de savoir si le mineur est émancipé ou non n'est pas pertinente.

Étant donné qu'en Belgique, la plupart des patients décèdent à l'hôpital ou dans une maison de repos et de

men er goed aan doen een verplicht advies van de huisarts (als de patiënt er één heeft) in de wet op te nemen. De huisarts kan immers de persoonlijkheid van de patiënt vaak goed beoordelen, maar dreigt in onze medische cultuur, die wordt gekenmerkt door veel ziekenhuisopnames, te weinig bij de stervensfase van zijn patiënt te worden betrokken.

Om onaanvaardbare interpretaties van het voorliggende ontwerp nu en in de toekomst uit te sluiten, pleit de spreekster ervoor dat psychiatrische en demente personen uitdrukkelijk van het toepassingsgebied van de wet worden uitgesloten.

*
* *

De heer Danny Pieters (VU&ID) licht het standpunt van zijn partij toe, dat omwille van de individuele gewetensvrijheid voor ethische problemen niet alle elementen van de problematiek kan betreffen. Ten gronde vindt hij dat het nastreven van een consensus in ethische thema's onwenselijk is omdat de beoordeling van goed en kwaad, die bij ethische vraagstukken aan de orde is, niet samenvalt met de toevallige beslissing van een bepaalde groep van individuen.

De spreker was in het verleden door zijn geloofsovertuiging een tegenstander van euthanasie in alle gevallen, maar een persoonlijke ervaring heeft hem ertoe gebracht zijn mening te nuanceren. Hij haalt het voorbeeld van diverse sociaal-democratische regeringen tijdens het interbellum aan, die wetgevingen invoerden die wij nu als onaanvaardbaar zouden beschouwen; enige bescheidenheid over de waarheid en de mate waarin wij die kunnen kennen is dus op zijn plaats en dat moet het Parlement tot voorzichtigheid aanmanen.

De spreker is voorstander van een wettelijke regeling omdat hij het alternatief, een gedoogbeleid, verwerpt. Een wettelijke regeling moet aan de volgende kernvoorwaarden voldoen :

1) Euthanasie dient beperkt te blijven tot terminale patiënten omdat euthanaserend handelen enkel aanvaardbaar is indien zowel arts als patiënt zich in een noodtoestand bevinden, een situatie waarin tegengestelde belangen dienen te worden verzoend. Absolute zelfbeschikking komt enkel de sterksten in de samenleving ten goede.

2) Een schriftelijke wilsverklaring van een patiënt die buiten bewustzijn is, moet van recente datum zijn; zoniet kan ze niet worden aanvaard als bewijs van de euthanasiewens van de patiënt.

3) Euthanasie is enkel toelaatbaar voor handelingsbekwame patiënten. Bij handelingsonbekwamen zou noodzakelijkerwijze een andere persoon oordelen over

soins, il conviendrait de prévoir dans la loi que l'avis du médecin traitant (si le patient en a un) doit être demandé. Le médecin traitant connaît en effet souvent bien la personnalité du patient, mais il risque, dans notre culture médicale, caractérisée par un recours fréquent à l'hospitalisation, d'être trop peu souvent associé à la fin de vie de son patient.

Pour éviter que le projet à l'examen ne fasse l'objet d'interprétations inacceptables, maintenant et à l'avenir, l'intervenante insiste pour que les patients psychiatriques et les personnes démentes soient explicitement exclus du champ d'application de la loi.

*
* *

M. Danny Pieters (VU&ID) expose le point de vue de son parti, qui, en raison de la liberté de conscience dont jouit chacun de ses membres en matière éthique, ne peut porter sur tous les aspects du problème. Il estime qu'il n'est pas opportun de rechercher un consensus en matière éthique, étant donné que l'appréciation du pour et du contre — à laquelle on procède face à des problèmes éthiques — ne correspond pas à la décision que prend incidemment un groupe déterminé d'individus.

Par le passé, l'intervenant était, en raison de ses convictions religieuses, opposé à l'euthanasie dans tous les cas, mais une expérience personnelle l'a amené à nuancer son point de vue. Il cite l'exemple de différents gouvernements sociaux-démocrates qui ont, dans l'entre-deux-guerres, instauré des lois que nous considérerions, à présent, comme inadmissibles; un peu d'humilité est donc de mise face à ce que nous considérons comme la vérité et en ce qui concerne la mesure dans laquelle nous pouvons la connaître et cela doit inciter le parlement à faire preuve de prudence.

L'intervenant est favorable à une réglementation légale parce qu'il désapprouve l'autre solution envisageable, qui est celle de la politique de tolérance. Cette réglementation légale doit remplir les conditions essentielles suivantes :

1) L'euthanasie doit être limitée aux patients en phase terminale, dès lors que l'acte euthanasique n'est admissible que lorsque patient et médecin se trouvent dans une situation de détresse où des intérêts opposés doivent être conciliés. L'autodétermination absolue ouvre des possibilités dont seuls les plus forts peuvent profiter.

2) La déclaration par laquelle le patient, désormais inconscient, a manifesté sa volonté par écrit doit être récente. Dans le cas contraire, elle ne peut pas être admise comme preuve de son désir d'euthanasie.

3) L'euthanasie n'est admissible que pour les patients juridiquement capables. Dans le cas de patients ne jouissant pas de la capacité civile, c'est une tierce personne

de waarde en de kwaliteit van het leven van de handelingsonbekwame, wat niet toelaatbaar is. Anderzijds is het onzinnig om het juridische begrip « ontvoogding » te verbinden met de mogelijkheid van euthanasie. Van belang is of de betrokkene in staat is zich een oordeel te vormen over de eigen situatie; over een concrete leeftijdsgrens spreekt de heer Pieters zich niet uit.

4) Palliatieve verzorging dient de beslissing van de betrokkene vooraf te gaan, wat impliceert dat het aanbod van palliatieve verzorging in voldoende mate voorhanden moet zijn; bij gebreke daaraan heeft de patiënt geen echte keuze. Zolang het palliatieve aanbod niet voldoende uitgebouwd is, acht hij het onwenselijk om euthanasie toe te laten.

5) Indien euthanasie onder bepaalde voorwaarden gelegaliseerd wordt, zou het onzinnig zijn om « hulp bij zelfdoding » niet onder dezelfde voorwaarden toe te laten. Het verschil tussen beide handelingen is immers klein; bovendien veronderstelt « hulp bij zelfdoding » een minder verregaand optreden van de arts.

6) Euthanasie mag niet wettelijk mogelijk worden gemaakt zolang niet alle artsen voldoende scholing hebben gehad inzake palliatieve verzorging en euthanasie.

*
* *

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) stelt vast dat er een grote bereidheid bestaat om een wettelijke regeling voor euthanasie in te voeren, ook bij de oppositie. Ze vraagt zich af hoe de meerderheid zal omgaan met de gefundeerde opmerkingen van het deel van de oppositie dat tot consensus bereid is.

De spreekster weigert mee te werken aan een regeling die euthanasie uit de strafrechtelijke sfeer haalt. Zij is evenzeer als de indieners van het ontwerp bekommerd om het lot van de lijdende mens en is daarom zeker geen pleitbezorger van therapeutische hardnekkigheid. Ze pleit echter eerst en vooral voor het recht op een goede palliatieve verzorging; daardoor kan de vraag naar euthanasie sterk afnemen en volgens sommigen zelfs verdwijnen. Bovendien is het zo dat de strafwet waaronder euthanasie ressorteert nu reeds soepel wordt toegepast, waardoor gewetensvolle artsen niet hoeven te vrezen voor vervolging. Het argument van de rechtszekerheid, dat de voorstanders van een wettelijke regeling vaak vermelden, gaat dus niet helemaal op, althans op voorwaarde dat het vertrouwen in de beslissingen van de rechterlijke macht voldoende groot is. De bestaande praktijk kan geen verantwoording zijn voor de invoering van een wettelijke euthanasieregeling. De strafwet reikt een waardenkader aan, dat als leidraad dient te worden gehanteerd en niet noodzakelijk bedoeld is om rechtsregels in de meest strikte en letterlijke zin te interpreteren en te doen toepassen.

qui devrait obligatoirement juger de la valeur et de la qualité de leur vie, ce qui est inadmissible. De plus, il est déraisonnable d'associer le concept juridique d'« émancipation » à la possibilité d'euthanasie. L'important, c'est de savoir si l'intéressé est, oui ou non, en état d'évaluer sa propre situation. M. Pieters ne se prononce pas sur une limite d'âge concrète.

4) La décision de l'intéressé doit être précédée de l'administration de soins palliatifs, ce qui implique que l'offre de tels soins doit être suffisante. Dans le cas contraire, le patient n'aurait pas vraiment le choix. L'intervenant estime dès lors qu'il n'est pas souhaitable d'autoriser l'euthanasie tant que l'offre en matière de soins palliatifs n'a pas été développée dans une mesure satisfaisante.

5) Si on légalise l'euthanasie à certaines conditions, il est insensé de ne pas admettre « l'aide au suicide » dans des conditions identiques. En effet, il n'y a guère de différence entre ces deux actes, et « l'aide au suicide » suppose en outre une intervention moindre du médecin.

6) L'euthanasie ne peut pas être légalisée tant que tous les médecins n'ont pas reçu une formation suffisante en matière de soins palliatifs et d'euthanasie.

*
* *

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) constate une grande volonté de légiférer en matière d'euthanasie, également parmi l'opposition. Elle se demande quel sort la majorité réservera aux observations fondées formulées par la partie de l'opposition disposée à se rallier à une solution consensuelle.

L'intervenante refuse de prêter son concours à la dépénalisation de l'euthanasie. Elle partage la préoccupation des auteurs du projet pour le sort des personnes qui souffrent et n'est dès lors certainement pas favorable à l'acharnement thérapeutique. Elle plaide cependant avant tout pour le droit à des soins palliatifs de qualité, qui seraient de nature à réduire fortement la demande d'euthanasie, voire, selon d'aucuns, à la faire disparaître. En outre, la loi pénale dont l'euthanasie relève étant d'ores et déjà appliquée avec souplesse, les médecins consciencieux ne doivent pas craindre d'être poursuivis. L'argument, souvent invoqué, selon lequel légiférer permettra de renforcer la sécurité juridique, n'est dès lors guère pertinent, du moins pour autant que l'on ait suffisamment confiance dans les décisions prises par le pouvoir judiciaire. La pratique existante ne peut justifier l'adoption d'une loi spécifique en matière d'euthanasie. La loi pénale offre un cadre de référence qui doit être considéré comme tel et qui n'implique pas nécessairement que les règles de droit doivent être interprétées et appliquées dans le sens le plus strict et le plus littéral.

De spreekster is van mening dat de wetgever in de eerste plaats de absolute waarde van het menselijk leven dient voorop te stellen. Het recht op leven moet onaantastbaar zijn; dat principe werd ook vastgelegd in verschillende internationale verdragen. In Nederland toont de praktijk aan dat de aanvaarding van euthanasie tot een verzakelijking van de dood en een ontmenselijking van de maatschappij leidt.

De grond van de zaak is hierin gelegen dat het ontwerp artsen het recht geeft om te doden. Het valt te betreuren dat die vaststelling niet tot meer protest heeft geleid in de civiele maatschappij en bij een gedeelte van de oppositie. Het standpunt van de CD&V-fractie over de aanvaardbaarheid van euthanasie in het geval van een « noodtoestand » roept vragen op : het begrip « noodtoestand » is juridisch onduidelijk en ontkent het principiële onderscheid tussen de verlening van het recht om te doden en de handeling waardoor men een persoon uit zijn lijden verlost. Wat verantwoordt trouwens de optie om de bevoegdheid tot doden aan één bepaalde categorie van privé-personen te delegeren ?

De verdedigers van het ontwerp verantwoorden de verwerping van de doodstraf door de afwijzing van elke rechtstreekse of onrechtstreekse bevoegdheid van de staat in de beoordeling van leven en dood. Beseffen zij dat het ontwerp met dat uitgangspunt strijdig is ?

Een verabsolutering van het individuele zelfbeschikkingsrecht raakt ten diepste aan de waarden in een samenleving. In het verleden was de wetgever er zich van bewust dat mensen afhankelijk zijn van elkaar en dat de aanvaarding van volstrekte zelfbeschikking ertoe zou leiden dat mensen aan hun lot worden overgelaten. Het ontwerp maakt overigens een bizarre kronkelredenering : het zelfbeschikkingsrecht wordt erkend, maar moet wel door anderen (artsen) worden voltrokken. De praktijk zal dan ook uitwijzen dat de logica van de wettelijke regeling naar een recht op zelfmoord leidt. Christelijk geïnspireerde mensen volgen een moeilijkere weg dan die van de zelfbeschikking : de weg van het respect voor mensen, waardoor men anderen steunt in momenten van existentiële eenzaamheid.

De spreekster stelt vast dat de wetgever euthanasie wil legaliseren op een ogenblik dat de economische druk op de ziekteverzekering steeds groter wordt : omdat de begroting voor gezondheidszorg een hoge vlucht neemt, zullen gezondheidseconomische overwegingen steeds vaker aan de grondslag liggen van medische beslissingen. Schaarste lijdt immers tot selectie, zoals de Nederlandse praktijk al sinds de jaren ’60 aantoont. Omdat personen die zich in de laatste fase van hun leven bevinden de meeste kosten veroorzaken, kan geleidelijk de praktijk groeien dat sommige groepen (met name behandelbare en/of jonge patiënten) voorrang krijgen op andere categorieën (terminale en/of oudere patiënten). Directe of indirecte druk van artsen en verzekeringsin-

L’intervenante estime que le législateur doit avant tout faire primer la valeur absolue de la vie humaine. Le droit à la vie est un droit intangible; ce principe est également inscrit dans diverses conventions internationales. Aux Pays-Bas, la pratique montre que l’acceptation de l’euthanasie donne lieu à une dépersonnalisation de la mort et une déshumanisation de la société.

Le fond du problème réside dans le fait que le projet accorde au médecin le droit de donner la mort. Il est dès lors regrettable que ce constat n’ait pas soulevé davantage de protestations dans les rangs de la société civile et d’une partie de l’opposition. Le point de vue du groupe CD&V sur le caractère admissible de l’euthanasie dans le cas d’un « état de détresse » appelle des questions : sur le plan juridique, la notion d’« état de détresse » pèche par manque de clarté et méconnaît la distinction de principe entre l’octroi du droit de tuer et l’acte par lequel on soulage une personne de sa souffrance. D’ailleurs, qu’est-ce qui justifie l’option d’accorder la compétence de donner la mort à une catégorie déterminée de personnes ?

Les défenseurs du projet justifient le rejet de la peine de mort par le refus d’accorder toute compétence directe ou indirecte à l’État dans l’évaluation de la vie et de la mort. Se rendent-ils compte que le projet va à l’encontre de ce principe ?

Une absolutisation du droit individuel à l’autodétermination touche au plus profond des valeurs de la société. Par le passé, le législateur avait conscience que les gens sont tributaires les uns des autres et qu’à la suite de l’acceptation de l’autodétermination absolue, certaines personnes seraient abandonnées à leur sort. Le projet contient d’ailleurs une bizarrerie : le droit à l’autodétermination est reconnu, mais doit être mis en œuvre par d’autres (des médecins). La pratique montrera dès lors que la logique de cette réglementation légale débouchera sur un droit au suicide. Les personnes de confession chrétienne suivent une voie plus difficile que celle de l’autodétermination : la voie du respect des gens, au nom duquel on soutient les autres dans les moments de solitude existentielle.

L’intervenante constate que le législateur veut légaliser l’euthanasie au moment où l’assurance-maladie est soumise à une pression économique croissante : eu égard à l’explosion du budget des soins de santé, les décisions médicales seront de plus en plus souvent basées sur des considérations relevant à la fois de l’économie et de la santé. La rareté conduit à la sélection, ainsi que la pratique le montre déjà depuis les années soixante aux Pays-Bas. Dès lors que les personnes qui ont atteint la dernière phase de leur vie entraînent les coûts les plus élevés, on peut en arriver petit à petit à ce que certaines catégories (les patients qui peuvent être traités et/ou les jeunes patients) soient prioritaires par rapport à d’autres catégories (les patients en phase ter-

stellingen zal dan een niet-spontane euthanasievraag bij zwakkere patiënten uitlokken.

België dient rekening te houden met de internationale context waarbinnen een eventuele wettelijke regeling tot stand wordt gebracht. Hoewel in vele landen het debat over de euthanasieproblematiek wordt gevoerd, is Nederland vooralsnog de enige staat die een wettelijke regeling heeft ingevoerd. Tijdens de hoorzittingen met Nederlandse artsen en hoogleraars kwamen enkel verdedigers van euthanasie aan het woord, terwijl tegenwoordig vele SCEN-artsen (SCEN = Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) kritiek formuleren op de euthanasiewet omdat ze inzien dat een verbeterde palliatieve verzorging de euthanasieregeling overbodig maakt.

Om haar verzet tegen een wettelijke regeling voor euthanasie kracht bij te zetten, haalt de spreekster buitenlandse voorbeelden uit heden en verleden aan. In Oregon, een deelstaat van de VS, was er een wet die euthanasie voor terminale ongeneeslijk zieken toeliet, maar die wet werd veroordeeld door een federaal rechtscollege. Ook in Australië keurde een deelstaat een wettelijke regeling goed, waarna de hogere overheid de regeling vernietigde. In het Verenigd Koninkrijk verwierp de wetgever een voorstel tot legalisering van passieve euthanasie om redenen van bescherming van de zwaksten. In Zweden beslisten sociaal-democratische regeringen in de eerste helft van de twintigste eeuw tot de automatische sterilisatie van mentaal gehandicapten; later werd toegegeven dat die praktijk onaanvaardbaar was en dat het een eerste stap in de banalisering van de menselijke waardigheid was. Tijdens de Duitse Weimarrepubliek, in de eerste jaren van het interbellum, werden met goede bedoelingen stappen gezet in de richting van de legalisering van euthanasie; het nazi-regime kon daardoor later gemakkelijker verantwoorden dat verderstrekkende en onmenselijke wetten werden goedgekeurd (waarbij werd gedood zonder dat nog om de mening van de betrokkene werd gevraagd).

Vooral het Duitse voorbeeld uit het interbellum wijst er volgens de spreekster op dat het gevaar van morele afglijding ten gevolge van dit type van wetten zeer reëel is, ook al waren de initiatiefnemers van de oorspronkelijke regelgeving, die democraten waren, zich van geen kwaad bewust. Dat fenomeen van morele pervertering wordt goed beschreven in het boek « *Thanatos syndrome* », waarin duidelijk wordt dat sentimentele lieden in tijden van « ethisch emotionalisme » een mechanisme in gang kunnen zetten waarvan ze het eindpunt allerminst gewild hebben.

De spreekster stelt vast dat onze samenleving sinds lang in grote mate wordt beïnvloed door vier « wijsheden », die wortelen in bepaalde tradities en overtuigin-

La Belgique doit tenir compte du contexte international, dans lequel une réglementation légale sera éventuellement élaborée. Bien que le problème de l'euthanasie soit débattu dans de nombreux pays, les Pays-Bas sont les seuls à avoir réglementé cette question. Seuls des défenseurs de l'euthanasie ont été entendus lors des auditions avec des médecins et des professeurs néerlandais, alors que de nombreux médecins SCEN (SCEN = Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) formulent actuellement des critiques à l'encontre de la loi sur l'euthanasie, du fait qu'ils se rendent compte que l'administration de soins palliatifs de qualité rend la loi sur l'euthanasie superflue.

Pour étayer son opposition à une réglementation légale de l'euthanasie, l'intervenante cite une série d'exemples étrangers, tant passés qu'actuels. Dans l'Oregon, un État des États-Unis, il y avait une loi qui autorisait de pratiquer l'euthanasie sur des malades en phase terminale, mais cette loi a été remise en cause par une juridiction fédérale. En Australie aussi, un État avait adopté une loi, qui a, par la suite, été annulée par l'autorité suprême. Au Royaume-Uni, le législateur a rejeté une proposition de légalisation de l'euthanasie passive dans le souci de protéger les plus faibles. En Suède, des gouvernements sociaux-démocrates ont décidé, dans la première moitié du vingtième siècle, de procéder à la stérilisation systématique des handicapés mentaux; plus tard, on a reconnu que cette pratique était inadmissible et qu'elle constituait un premier pas vers la banalisation de la dignité humaine. Sous la République de Weimar, dans les premières années de l'entre-deux-guerres, des mesures ont été prises, avec les meilleures intentions, en vue de légaliser l'euthanasie; plus tard, ces mêmes mesures ont permis au régime nazi de justifier plus facilement l'adoption de lois plus radicales et inhumaines (qui ont permis de mettre à mort sans plus demander l'avis de l'intéressé).

L'intervenante estime que l'exemple allemand de l'entre-deux-guerres montre parfaitement que le risque de dérive morale consécutive à l'adoption de ce type de lois est tout à fait réel, même si les initiateurs de la réglementation originelle, qui étaient des démocrates, n'étaient pas conscients du danger. Ce phénomène de perversion morale est parfaitement décrit dans l'ouvrage intitulé « *Thanatos syndrome* », dans lequel il apparaît clairement que des chansons sentimentales peuvent, en des temps d'« émotionnalisme éthique », mettre en branle un mécanisme dont elles n'ont nullement voulu l'aboutissement.

L'intervenante constate que notre société est depuis longtemps influencée dans une large mesure par quatre « sagesses », qui plongent leurs racines dans certaines

gen en waarvan de waarde in alle de tijden bewezen kan worden geacht :

1) Het joods-christelijk geloof heeft ons geleerd dat mensen niet mogen oordelen over de waarde van het menselijk leven omdat dat leven door God geschonken wordt en enkel door God kan worden teruggenomen.

2) De morele waarden van de humanistische traditie hebben ons bijgebracht dat het menselijk leven geen goed is waarover we kunnen beschikken : een persoon mag nooit worden gelijkgesteld met een zaak en het leven van elk lid van de gemeenschap is onschendbaar. De ultieme autoriteit over ons leven kunnen wij aan niemand afstaan.

3) In onze politieke traditie mag een overheid zich niet de autoriteit toekennen om het recht op leven aan te tasten. Ter verantwoording van dat verbod verwijzen sommigen naar hun overtuiging over het leven als godsgeschenk, anderen doen daarvoor een beroep op het natuurrecht.

4) Het behoud van de integriteit van het medische beroep is sinds lang een streefdoel en een belangrijke waarde. Euthanasie veronderstelt altijd medewerking van een arts aan levensbeëindigend handelen en ondermijnt daardoor zijn integriteit. Legalisering van euthanasie is een verkeerd antwoord op een bestaande en gerechtvaardigde vrees over het optreden van artsen; die vrees kan integendeel slechts worden weggenomen als de samenleving artsen de bevoegdheid ontzegt om te doden.

De spreekster vraagt de leden van de meerderheid om het belang van bovenstaande vier wijsheden uit uiteenlopende filosofische en levensbeschouwelijke tradities onder ogen te zien en te besluiten dat het fundamentele verbod om te doden niet mag worden ondermijnd.

Ten slotte stelt de spreekster vast dat zich in onze samenleving een betreurenswaardige evolutie heeft voorgedaan. Tot de jaren ’50 gingen wij op een meer vanzelfsprekende wijze met lijden en sterven om. Stervende mensen werden goed omringd door hun omgeving en putten daar kracht uit om de moeilijke laatste fase van het leven op een waardige wijze te beleven. Die positieve houding is nu nog zichtbaar in de manier waarop de Broeders van Liefde met mensen in de laatste levensfase omgaan. Sinds de jaren ’50 is onze samenleving echter dermate verziekt door materialisme en het onvermogen om bij de existentiële vragen van het leven stil te staan dat mensen niet meer aanvoelen hoe ze dienen om te gaan met een stervende medemens, die juist daardoor tot wanhoop wordt gedreven. Het voorliggende wetsontwerp geeft blijk van een zeer gekleurde visie op de verlichting van menselijk lijden. Daarom doet

traditions et convictions et dont la valeur peut être considérée comme établie à travers les âges :

1) La religion judéo-chrétienne nous a enseigné que les hommes ne peuvent juger de la valeur de la vie humaine, étant donné que cette vie est un présent que Dieu nous a fait et qu’Il est le seul à pouvoir reprendre.

2) Les valeurs morales de la tradition humaniste nous ont appris que la vie humaine n’est pas un bien dont nous puissions disposer : une personne ne peut en aucun cas être assimilée à une chose et la vie de chaque membre de la communauté est inviolable. Nous ne pouvons laisser à personne le soin d’exercer l’autorité ultime sur notre vie.

3) Dans notre tradition politique, une autorité ne peut s’arroger le pouvoir de porter atteinte au droit à la vie. Pour justifier cette interdiction, certains se disent convaincus que la vie est un présent divin, tandis que d’autres invoquent pour ce faire le droit naturel.

4) Le maintien de l’intégrité de la profession médicale constitue depuis fort longtemps un objectif et une valeur importante. La pratique de l’euthanasie suppose toujours qu’un médecin prête son concours à l’acte qui met fin à la vie et sape dès lors son intégrité. La légalisation de l’euthanasie est une réponse erronée à une crainte existante et justifiée concernant l’intervention de médecins; cette crainte ne pourrait, au contraire, être dissipée que si la société refusait d’accorder aux médecins la faculté de tuer.

L’intervenante invite les membres de la majorité à considérer l’importance des 4 « sagesses » évoquées plus haut, issues de traditions philosophiques et idéologiques les plus variées, et à conclure que l’interdiction fondamentale de tuer ne saurait être remise en cause.

Enfin, l’intervenante fait observer que notre société a connu une évolution regrettable. Jusqu’aux années cinquante, on se posait moins de questions sur la souffrance et la mort. Les mourants étaient bien entourés par leurs proches et y trouvaient la force d’affronter l’ultime phase de leur vie avec dignité. Telle est encore l’approche positive qu’adoptent les « *Broeders van Liefde* » avec les personnes en fin de vie. Depuis les années cinquante, notre société est à ce point corrompue par le matérialisme et incapable de réfléchir aux questions existentielles de la vie que les gens ne savent plus comment se comporter avec leurs semblables en fin de vie, ce qui plonge précisément ceux-ci dans le désespoir. Le projet de loi à l’examen présente une vision très subjective de la manière d’apaiser les souffrances humaines. Le Parlement doit prendre conscience qu’à travers les siècles, le problème des souffrances humaines a été

het Parlement er goed aan zich rekenschap te geven van het feit dat het probleem van menselijk lijden door de eeuwen heen op andere wijzen werd opgelost dan met de schijnremedie die het ontwerp naar voren schuift.

*
* *

De heer Fred Erdman (SP.A) is het oneens met de neiging van sommigen om de euthanasieproblematiek uitsluitend te benaderen vanuit de invalshoek van de kosten-batenanalyse. Het betreft immers een ethische kwestie en het wetsontwerp is niet alleen ingegeven door een louter economische analyse.

Het gevaar van uitwassen die de goedkeuring van een wet betreffende de euthanasie volgens sommigen met zich zou brengen, is denkbeeldig. Euthanasie gebruiken voor andere doeleinden dan die waarin de wetgever heeft voorzien, zou slechts mogelijk zijn indien de democratie zelf zou afbrokkelen, en in een dergelijke situatie biedt geen enkele rechtsregel nog zekerheid.

Voorts is de erkenning van het « recht op palliatieve zorg » ter sprake gebracht. In dat opzicht moet erop worden gewezen dat er een nauw verband bestaat tussen het wetsontwerp betreffende de euthanasie en dat betreffende de palliatieve zorg. Dat recht wordt trouwens bekrachtigd in artikel 2 van het wetontwerp betreffende de palliatieve zorg. Het behelst een recht op informatie en de patiënt zal dus in kennis moeten worden gesteld van de mogelijkheden op het stuk van de leedverzachtende zorg. In tegenstelling tot wat sommigen wensen, impliceert dat geenszins dat eerst palliatieve verzorging moet worden toegediend alvorens euthanasie mag worden uitgevoerd. De patiënt heeft immers recht op zelfbeschikking. Overigens zal de genadedood alleen kunnen worden overwogen in het kader van een dialoog tussen de patiënt en zijn arts en er is bepaald dat die laatste contact moet opnemen met verschillende actoren, zoals het verplegend team. In de praktijk zal de arts aan wie werd gevraagd euthanasie te plegen, het team voor palliatieve verzorging raadplegen, zelfs als hij instemt met het verzoek van de patiënt.

Tijdens het debat zijn andere punten te berde gebracht die enkele preciseringen vereisen :

— *wilsverklaring* : de wet voorziet in verschillende voorwaarden. Bepaalde vormvereisten zullen onder meer in acht moeten worden genomen. Die zullen bij koninklijk besluit worden gepreciseerd (dat koninklijk besluit zal bijkomende garanties kunnen toevoegen). Er zij aan herinnerd dat de wilsverklaring patiënten betreft die, op het ogenblik waarop ze die opstellen, niet weten of ze ooit in de onmogelijkheid zullen verkeren om hun wil kenbaar te maken, maar die er zeker willen van zijn dat hun zienswijze op die problematiek en hun keuzes gekend zijn indien ze in een dergelijke situatie zouden verkeren. De huidige situatie, waarin beslissingen worden genomen die niet altijd door de betrokkenen zijn gewild, is onaanvaardbaar.

résolu autrement qu'au moyen d'un pseudo-remède tel que celui que propose le projet.

*
* *

M. Fred Erdman (SP.A) exprime son désaccord avec la tendance qu'ont certains d'aborder la problématique de l'euthanasie exclusivement sous l'angle d'une analyse coûts/profits. Il s'agit en effet d'une question éthique, et l'inspiration du projet de loi ne se résout pas à une pure analyse économique.

Le danger de dérives qu'entraînerait, selon certains, l'adoption d'une loi sur l'euthanasie, est quant à lui illusoire. Une utilisation de l'euthanasie à des fins autres que celles prévues par le législateur ne serait possible que si la démocratie elle-même se délitait, et dans une telle situation, aucune règle juridique ne serait plus sûre.

La nécessité de la reconnaissance d'un « droit aux soins palliatifs » a par ailleurs été évoquée. Il faut à ce sujet répéter que le projet de loi sur l'euthanasie est intimement lié au projet de loi sur les soins palliatifs. Ce dernier consacre d'ailleurs ce droit en son article 2. Ce droit comprend un droit à l'information, et le patient devra donc être mis au courant des possibilités existantes en matière de soins palliatifs. Cela n'implique toutefois en aucune façon que ces soins palliatifs soient, comme certains le désirent, un passage obligé avant qu'il puisse être procédé à une euthanasie, car le patient a droit à l'autodétermination. Ceci étant, l'euthanasie ne pourra s'envisager que dans le cadre d'un dialogue du patient avec son médecin, et il est prévu que ce dernier prenne contact avec différents intervenants, comme l'équipe soignante. En pratique, le médecin auquel l'euthanasie a été demandée consultera l'équipe de soins palliatifs, et ce même s'il est en accord avec la demande du patient.

D'autres points ont été évoqués dans le débat et appellent quelques précisions :

— *déclaration anticipée :* différentes conditions sont prévues par la loi. Certaines formes devront notamment être respectées, qui seront précisées par arrêté royal (lequel arrêté royal pourra ajouter des garanties complémentaires). Il faut rappeler que la déclaration anticipée concerne des patients qui, au moment où ils la rédigent, ne savent pas s'ils seront un jour dans l'incapacité de manifester leur volonté mais qui tiennent à s'assurer que, s'ils devaient se trouver dans cette situation, leur approche de la problématique et leur choix soient connus. Cette possibilité devrait permettre de remédier à la situation actuelle, dans laquelle des décisions sont pri-

den genomen door de familieleden van de patiënt zonder dat die zelf zijn mening kan geven, zou moeten kunnen worden verholpen dankzij die mogelijkheid. Met andere woorden, het verdient de voorkeur de vrije en weloverwogen wil van de patiënt te kennen, veeleer dan zijn familieleden te belasten met de verantwoordelijkheid van de beslissing;

— *terminologie :* men moet zich niet toespitsen op het onderscheid tussen terminale en niet-terminale fase. Het wetsontwerp, waarin geen gebruik wordt gemaakt van die uitdrukkingen, stelt procedureregels vast die zwaarder zijn indien het overlijden van de patiënt niet op korte termijn optreedt : in een dergelijk geval moet een termijn van één maand verlopen tussen het verzoek en de uitvoering van de euthanasie. Die bedenktijd en de andere voorwaarden die in het wetsontwerp zijn bepaald, bieden dus voldoende garanties;

— *fysiek of psychisch lijden :* in het wetsontwerp wordt geen onderscheid gemaakt tussen die twee vormen van lijden. Er moet trouwens worden opgemerkt dat ze voor de patiënt vermengd zijn, in die mate dat ze vaak onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn;

— *controle op de euthanasie en straffen :* terzake een voorafgaande controle eisen heeft niet veel zin aangezien euthanasie berust op de relatie tussen de patiënt en de arts. Indien wordt geconstateerd dat de door de wet geëiste voorwaarden niet vervuld zijn, zal de federale controle- en evaluatiecommissie het dossier overzenden aan het openbaar ministerie. Het argument dat die controle te soepel dreigt te zijn, is ongegrond want het openbaar ministerie is volledig onafhankelijk en indien de familieleden klachten hebben of indien uit bepaalde gegevens blijkt dat de wettelijke procedure niet werd gevolgd of dat de voorwaarden niet in acht werden genomen, kan het openbaar ministerie vorderen dat een onderzoek wordt uitgevoerd. Er moet ook worden toegevoegd dat het openbaar ministerie ook in andere aangelegenheden een beroep doet op gespecialiseerde instanties, die vergelijkbaar zijn met de federale controle- en evaluatiecommissie, en indien een onderzoek wordt ingesteld, belet niets dat die instanties het openbaar ministerie in kennis stellen van de informatie waarover ze eventueel beschikken.

Wat de straffen betreft, er zal geen misdrijf zijn indien en alleen indien aan alle vereisten van de wet is voldaan. In het tegenovergestelde geval zal het gemeen recht moeten worden toegepast;

— *rechtszekerheid :* in de Senaat is lang gedebatteerd over de bewoordingen teneinde de meest nauwkeurige te kiezen. Er werd een goed resultaat bereikt, dat onder meer elke verwarring onmogelijk maakt tussen de hulp bij zelfdoding en de levensbeëindiging op verzoek (in het eerste geval zijn de strikte voorwaarden die in de wet zijn opgesomd niet vervuld);

— *personen die niet in staat zijn hun wil kenbaar te maken :*

ses par les proches du patient sans que celui-ci puisse lui-même se prononcer. En d'autres termes, il est préférable de pouvoir connaître l'opinion libre et éclairée du patient plutôt que de laisser peser la responsabilité de la décision sur les proches;

— *terminologie :* il ne faut pas se focaliser sur la distinction entre stade terminal et stade non terminal. Le projet, qui ne reprend pas ces expressions, prévoit des règles de procédure qui sont plus lourdes lorsque le décès du patient n'intervient pas à brève échéance : dans un tel cas, un délai d'un mois doit s'écouler entre la demande et l'euthanasie. Ce délai de réflexion et les autres conditions prévues par le projet apportent donc des garanties suffisantes;

— *souffrances physiques et psychiques :* le projet ne fait pas de distinction entre ces deux types de souffrances. Il faut d'ailleurs remarquer que, pour le patient, ces deux souffrances se mêlent au point qu'elles en deviennent souvent indissociables;

— *contrôle de l'euthanasie et sanctions :* revendiquer en cette matière un contrôle *a priori* n'a pas beaucoup de sens puisque l'euthanasie se fonde sur la relation entre le patient et le médecin. Ceci étant, s'il est constaté que les conditions exigées par la loi n'ont pas été remplies, la commission fédérale de contrôle et d'évaluation communiquera le dossier au ministère public. L'argument consistant à dire que ce contrôle risque d'être trop lâche n'est pas fondé car le ministère public est totalement indépendant et, si les proches se plaignent ou que certains éléments permettent de douter que la procédure prescrite par la loi n'a pas été suivie ou que les conditions n'ont pas été respectées, le ministère public peut demander qu'une enquête soit menée. Il faut également ajouter que, dans d'autres matières, le ministère public fait également appel à des instances spécialisées, similaires à la commission de contrôle, et si une enquête est ouverte, rien ne s'oppose à ce que les informations éventuellement détenues par ces instances lui soient communiquées.

Concernant les sanctions, il n'y aura pas d'infraction si et seulement si toutes les exigences de la loi auront été rencontrées. Dans le cas contraire, le droit commun devra être appliqué;

— *sécurité juridique :* le Sénat a tenu de longs débats sur les termes du projet, afin de choisir les plus précis. Un bon résultat a été atteint, qui empêche notamment toute confusion entre l'aide au suicide et l'euthanasie (dans le premier cas, les conditions strictes énumérées par la loi ne sont pas remplies);

— *personnes incapables de déclarer leur volonté :*

– ontvoogde minderjarigen : dat zijn de enige minderjarigen die om euthanasie zullen kunnen verzoeken. De hoofddoelstellingen van de ontvoogding bestonden er zeker niet in de minderjarige het recht te verlenen beslissingen te nemen over zijn eigen dood. Er moet echter worden aangegeven dat de gevallen van ontvoogding zeldzaam zijn en dat de rechter die zich over een ontvoogding zal moeten uitspreken rekening zal houden met de mogelijkheid die de euthanasiewet biedt indien die wordt aangenomen;

– personen van wie de minderjarigheid wordt verlengd : ze zullen niet kunnen worden geëuthanaseerd;

– overige minderjarigen : er is overwogen de minderjarigen onder het geldingsgebied van de wet te doen vallen. Men heeft van die mogelijkheid afgezien, althans voorlopig. Toen de mogelijkheid te berde is gekomen, is er nooit sprake van geweest de minderjarige te beschouwen als een persoon die in staat is zelfstandig een wil te uiten en alleen om euthanasie te verzoeken. Naast de instemming van het kind zou ook een bekwame persoon de verantwoordelijkheid van die daad op zich moeten nemen. In een ideale situatie zou die beslissing moeten worden genomen door de vader en de moeder. Het probleem, dat zal moeten worden opgelost indien die kwestie ooit opnieuw wordt besproken, is dat de gezinssituatie de jongste jaren grondig veranderd is en dat veel ouders (uit de echt) gescheiden zijn;

– geesteszieken : aangezien de wilsverklaring centraal staat bij het nemen van de beslissing inzake euthanasie zullen de geesteszieken er niet kunnen om vragen;

— *situatie van de apothekers :* net als voor de artsen kan hun geen enkel misdrijf ten laste worden gelegd in geval van euthanasie. De rol van de farmaceut bestaat erin de door de arts voorgeschreven dosissen ter hand te stellen en zijn verantwoordelijkheid is dus beperkt tot de inachtneming van dat voorschrift.

Sommigen hebben een van de sprekers verweten dat hij gesteld heeft dat een consensus inzake euthanasie onmogelijk is omdat de standpunten terzake te sterk uiteenlopen. Het is weliswaar juist dat sommigen tegen het principe zelf van euthanasie zijn, maar men kan toch vaststellen dat er een consensus bestaat om die kwestie te bespreken. Dat toont aan dat, ongeacht de aangereikte oplossingen, er een probleem bestaat dat op een of andere manier moet worden opgelost. Er zal echter geen oplossing kunnen worden gevonden voor de problematiek van het levenseinde indien men zich ertoe beperkt te zeggen dat het voldoende is een beroep te doen op de huidige wetgeving en meer bepaald op het begrip noodtoestand.

Een wetswijziging is derhalve noodzakelijk. De door de Senaat aangenomen tekst is weliswaar niet volmaakt en zal het debat allerminst definitief afronden. Dat belet evenwel niet dat die tekst het mogelijk maakt het begrip

– mineurs émancipés : ce sont les seuls mineurs qui pourront demander une euthanasie. Les finalités premières de l'émancipation n'étaient certes pas de permettre au mineur qui en bénéficie de disposer du droit de prendre des décisions sur sa propre mort. Il convient cependant de préciser que les cas d'émancipation sont rares et que, de surcroît, lorsque la loi sur l'euthanasie aura été adoptée, la possibilité qu'elle offre rentrera dans l'appréciation du juge lorsqu'il devra se prononcer sur une émancipation;

– personnes en minorité prolongée : l'euthanasie ne pourra leur être appliquée;

– autres mineurs : il a un moment été envisagé d'inclure les mineurs dans le champ d'application de la loi. Cette possibilité a été abandonnée, du moins pour l'instant. Lorsque cette hypothèse a été examinée, il n'a jamais été question de considérer le mineur comme une personne capable d'exprimer une volonté autonome et pouvant demander seule une euthanasie. Il aurait donc fallu que, en plus du consentement de l'enfant, une personne capable endosse l'acte. Dans une situation idéale, une telle décision devrait revenir au père et à la mère. Le problème, qu'il faudra résoudre si un jour cette question est à nouveau examinée, est que la situation familiale a beaucoup évolué ces dernières années, et qu'aujourd'hui, beaucoup de parents sont séparés ou divorcés;

– aliénés : la déclaration de volonté étant au centre de la prise de décision en matière d'euthanasie, les personnes aliénées ne pourront la demander;

— *situation des pharmaciens* : tout comme les médecins, aucune infraction ne pourra être imputée aux pharmaciens en cas d'euthanasie. Le rôle du pharmacien consiste à délivrer les doses prescrites par le médecin, et sa responsabilité se limite donc à respecter cette prescription.

Certains ont reproché à l'un des intervenants d'avoir considéré qu'un consensus en matière d'euthanasie n'est pas possible, parce que les opinions à ce sujet sont par trop différentes. S'il est vrai que certains sont contre le principe même de l'euthanasie, on peut néanmoins constater qu'un consensus existe pour que la question soit débattue. Cela démontre bien que, quelles que soient les solutions qui sont avancées, il existe un problème qu'il faut, d'une manière ou l'autre, régler. Une solution à la problématique de la fin de vie ne pourra cependant être trouvée si l'on se contente de dire que le recours à la législation actuelle, et plus particulièrement à la notion d'état de nécessité, suffit.

Une modification législative est donc nécessaire, et si le texte adopté par le Sénat n'est certes pas parfait et ne mettra pas définitivement fin à la discussion, il permet cependant de définir l'euthanasie, d'en fixer les limi-

euthanasie te definiëren, er de grenzen van af te bakenen en de diverse erbij betrokken partijen voor hun verantwoordelijkheid te plaatsen. Dat is de reden waarom de SP.A dit wetsontwerp steunt.

*
* *

De heer Luc Goutry (CD&V) maakt zich zorgen over het feit dat sommige leden ervan lijken uit te gaan dat het debat reeds in de Senaat werd gevoerd en dat het bijgevolg afgerond is. Hij verklaart er tevens beducht voor te zijn dat — net als ten tijde van het abortusdebat — euthanasie niet langer stof tot discussie zal zijn zodra de wet is goedgekeurd. Het debat over ethische vraagstukken moet — wel integendeel — permanent worden gevoerd. Zulks geldt des te meer daar het probleem, gelet op de wetenschappelijke ontwikkelingen, in de toekomst opnieuw zal opduiken.

Overgaan tot euthanasie moet de vijfde of zesde medische beslissing zijn die in de fase van het levenseinde wordt genomen. Die beslissing mag dus nooit vóór die andere beslissingen vallen en het ware wenselijk die vooraf te nemen beslissingen nader te bekijken. De problemen die met het levenseinde te maken hebben, moeten vanuit een ruimere invalshoek worden bekeken. Dat geldt zeker nu aangezien euthanasie, conform de bij wet vastgestelde procedure, in de praktijk tot een gering aantal personen beperkt zal blijven.

Voorts zou euthanasie in het Strafwetboek als wanbedrijf moeten worden opgenomen, iets waarin de huidige tekstversie van het wetsontwerp niet voorziet. Zo zou men daarin een artikel kunnen invoegen dat euthanasie strafbaar stelt en het laten volgen door een ander artikel dat preciseert onder welke voorwaarden dat wanbedrijf niet langer strafbaar is.

In verband met het zelfbeschikkingsrecht, waarnaar veel sprekers verwijzen, rijst de vraag of dat recht het stellen van om het even welke daad mogelijk maakt. Anders gezegd : gaat het daarbij om een absoluut recht ? Het ware verkieslijk te bepalen dat voormeld recht maar in bepaalde omstandigheden — met name in een noodsituatie — geldt en wanneer, op het einde van het leven, enkel en alleen euthanasie als enig mogelijk alternatief overblijft. Mocht men het absolute zelfbeschikkingsrecht tot principe verheffen, dan zou dat neerkomen op het erkennen van een echt recht op euthanasie dat onvoorwaardelijk zou gelden, wat onaanvaardbaar zou zijn.

Het debat moet dus worden gevoerd en zo'n debat is maar mogelijk als men aanvaardt dat aan het zelfbeschikkingsrecht bepaalde perken worden gesteld (zo moet sprake zijn van aanhoudend en ondraaglijk lijden, van een uitzichtloze medische toestand, enz.).

*
* *

tes et de responsabiliser les intervenants, raison pour laquelle le SP.A soutient ce projet de loi.

*
* *

M. Luc Goutry (CD&V) s'inquiète du fait que certains membres semblent considérer que le débat a déjà eu lieu au Sénat et qu'il est par conséquent épuisé. Il fait également part de sa crainte de voir le sujet de l'euthanasie disparaître du débat lorsque la loi aura été adoptée, à l'instar de ce qui s'est produit en matière d'avortement. Le débat sur les questions éthiques devrait, au contraire, être permanent, d'autant plus que, vu le développement des sciences, le problème va à nouveau se poser dans l'avenir.

L'euthanasie doit constituer la cinquième ou la sixième décision médicale qui peut être prise en fin de vie. Elle ne peut donc être prise avant ces autres décisions, et il serait souhaitable que ces mesures préalables fussent davantage examinées. Il serait d'autant plus indiqué d'aborder les problèmes que pose la fin de la vie dans un cadre plus large que, vu la procédure prévue par la loi, l'euthanasie sera réservée dans la pratique à un nombre limité de personnes.

L'euthanasie devrait par ailleurs être reprise en tant que délit dans le Code pénal, ce que le projet de loi ne prévoit pas dans sa forme actuelle. Un article incriminant l'euthanasie pourrait ainsi y être insérée, suivi d'un autre article précisant dans quelles conditions le délit est dépénalisé.

Concernant le droit à l'autodétermination, évoqué par beaucoup d'intervenants, il y a lieu de s'interroger : celui-ci permet-il d'accomplir n'importe quel acte ? Est-il, en d'autres termes, absolu ? Il serait préférable de dire qu'il ne vaut que dans certaines situations, lorsqu'il y a un état de nécessité et que, dans le cas de la fin de la vie, la seule possibilité qui subsiste est de procéder à l'euthanasie. Si l'on pose en principe le droit absolu à l'autodétermination, on arriverait à reconnaître un véritable droit à l'euthanasie, sans conditions, ce qui serait inacceptable.

Le débat doit donc avoir lieu, et celui-ci n'est possible que l'on accepte que certaines limites soient mises au droit à l'autodétermination (souffrances constantes et insupportables, situation médicale sans issue, etc.).

*
* *

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) stelt de volgende vragen :

— Moet euthanasie in het Strafwetboek worden opgenomen ? Wellicht verdient zulks inderdaad de voorkeur.

— Moet hulp bij zelfdoding niet worden gelijkgesteld met euthanasie ? Sommigen beweren dat het hierbij om een andere rechtsfiguur gaat, anderen houden dan weer staande dat het risico op verwarring tussen beide handelingen verre van denkbeeldig is. De kwestie moet dus verder worden uitgediept.

— Apothekers zullen niet kunnen worden aangesproken op het afleveren van door een arts voorgeschreven producten. De vraag rijst evenwel in hoever zij kunnen inschatten welk gebruik zal worden gemaakt van de door hen verstrekte geneesmiddelen : het geval kan zich immers voordoen dat de apotheker niet weet dat het om producten gaat die voor euthanasiedoeleinden zullen worden gebruikt. Hij kan op die manier medeplichtig zijn aan een euthanasie die niet aan de verschoningsgronden voldoet. Het ware aangewezen dat probleem uit te klaren en duidelijk bij wet te bepalen dat artsen het recht hebben om, via het verstrekken van bepaalde producten, hun medewerking aan euthanasie te verlenen.

— Moet de patiënt al dan niet in een terminaal stadium verkeren ? Wanneer men de gevallen bekijkt waarin Nederland euthanasie toelaat, dan stelt men vast dat het toepassingsgebied van de Nederlandse wet al te ruim is. In België is het dus zaak euthanasie te beperken tot terminale patiënten.

— In verband met de minderjarigen zij het volgende gesteld. Zo de patiënt ten minste zestien jaar oud is en men ervan kan uitgaan dat hij in staat is correct in te schatten wat zijn belang dient, dan zal men rekening met zijn zienswijze moeten houden. De arts moet dus de mogelijkheid hebben om op diens eventueel euthanasieverzoek in te gaan, met dien verstande dat de ouders van de jongere bij die besluitvorming worden betrokken.

Meer in het algemeen vraagt de spreekster zich af of het debat nog enige zin heeft zo de meerderheid ervan uitgaat dat de door de Senaat overgezonden tekst onverkort en ongewijzigd moet worden gehandhaafd, ook al is duidelijk dat er diverse verbeteringen in kunnen worden aangebracht.

*
* *

De heer Danny Pieters (VU&ID) is van mening dat het over morele en ethische vraagstukken wel nooit tot een consensus zal komen. In het raam van het debat over het levenseinde, is het evenwel zaak een politieke en juridische invulling te geven aan een welbepaalde toestand. Een zo ingrijpende wijziging van de wetgeving is alleen mogelijk als daarvoor een zo breed mogelijk

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) soulève les questions suivantes :

— L'euthanasie doit-elle être insérée dans le Code pénal ? Peut-être serait-ce en effet préférable.

— L'aide au suicide ne doit-elle pas être assimilée à l'euthanasie ? Certains prétendent que c'est une autre figure de droit, mais d'autres soutiennent que le risque existe que ces deux actes soient confondus. La question mérite donc d'être approfondie.

— Les pharmaciens ne pourront être inquiétés pour avoir délivré des produits prescrits par un médecin. On peut cependant s'interroger sur le degré de connaissance qu'ils pourront avoir de l'utilisation qui sera faite des médicaments qu'ils délivreront : dans certains cas, ils pourront ignorer que les produits sont destinés à pratiquer une euthanasie. Ils pourraient ainsi être complices d'une euthanasie qui n'est pas conforme aux causes d'excusabilité. Il serait indiqué de clarifier ce problème et d'inscrire clairement dans la loi que les médecins ont le droit de refuser de participer, en fournissant certains produits, à une euthanasie.

— Le patient doit-il être ou non en phase terminale ? Lorsque l'on se penche sur les cas pour lesquels l'euthanasie est permise aux Pays-Bas, on constate que le champ d'application de la loi néerlandaise est trop large. Il convient donc, en Belgique, de limiter l'euthanasie aux patients en phase terminale.

— En ce qui concerne les mineurs, si le patient est âgé de seize ans au moins et qu'il peut être jugé apte à apprécier correctement ses intérêts, son opinion devra être prise en considération. Le médecin devra donc pouvoir donner suite à sa demande d'euthanasie, après que ses parents auront été associés au processus de décision.

Plus largement, l'intervenant s'interroge sur le sens du débat si la majorité considère que le texte transmis par le Sénat doit être maintenu intégralement en l'état, et ce alors que diverses améliorations peuvent y être apportées.

*
* *

M. Danny Pieters (VU&ID) est d'avis qu'un consensus sur des questions morales et éthiques ne peut jamais être atteint. Il s'agit cependant dans le débat sur la fin de la vie, de donner une forme politique et juridique à une situation déterminée. Une telle modification de la législation ne peut avoir lieu que si elle s'effectue avec le soutien d'une base la plus large possible, et l'on peut

draagvlak bestaat. De vraag rijst dan ook of iedereen bereid zal zijn het debat over die punten op een open manier aan te gaan. De oppositie is bereid de discussie over die problematiek aan te gaan, maar die bereidheid moet ook bij de meerderheid aanwezig zijn.

*
* *

De heer Tony Van Parys (CD&V) is van oordeel dat de het opdracht van de wetgever is om conflicterende ethische standpunten met elkaar te verzoenen. Deze opvatting in het advies van de Raad van State omschrijft precies wat de rol is van het Parlement inzake ethische kwesties.

Het zou de ambitie van het Parlement moeten zijn inzake ethische problemen een regelgeving uit te werken, waarin zo mogelijk, een meerderheid van de mensen zich terugvindt.

Het was trouwens een opvallende vaststelling dat in het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek er een toenadering tot stand was gekomen tussen meerdere voorren tegenstanders van de verbodsbepaling betreffende euthanasie rond het zogenaamde « voorstel 3 ».

Het komt er in deze materie in eerste instantie op neer de democratische dialoog te voeren en verder te zetten.

De spreker citeert rechtsfilosoof Maurice Adams ([1]):

« *Juist omdat de maatschappelijke orde alleen gelegitimeerd kan worden door er over te spreken, is dit dialogische aspect van de democratie zo essentieel in de pluralistische samenleving. Als jij en ik van mening verschillen over de morele waarheid, hebben we alleen kans op een voor ons beiden bevredigende oplossing, als we er samen over praten. ».*

Dit is een interessant uitgangspunt bij de bespreking van het wetsontwerp over euthanasie. De spreker gelooft trouwens dat het de opdracht is van politici om een waarachtige democratische dialoog te voeren over de inhoud van het ethische en over de waarden die ons transcenderen, de dingen die ons overstijgen en waar we allemaal op een of andere manier mee te maken hebben.

Wanneer het om de fundamenten gaat, moet een regelgeving steun vinden in een ruime meerderheid binnen de samenleving. In ethische kwesties kan slechts dan een regelgeving worden gedragen door mensen als mensen zich daar ook in grote mate in kunnen terugvinden.

De euthanasiewetgeving mag geen politieke vergelding zijn van decennialange christen-democratische regeringsdeelname. De tussenkomsten van sommige collega's wijzen nochtans in deze richting. Minstens la-

([1]) F. Van Neste, J. Taels, A. Cools (eds.) « Van klinische ethiek tot biorecht », blz. 386.

légitimement se poser la question de savoir si tous sont prêts à aborder ces questions de manière ouverte. L'opposition est prête à discuter de cette problématique, mais il faut que la majorité le soit également.

*
* *

M. Tony Van Parys (CD&V) considère que la mission du législateur est de concilier entre eux des points de vue incompatibles sur le plan éthique. Cette conception, formulée dans l'avis du Conseil d'État, définit avec précision le rôle du Parlement dans les questions éthiques.

L'ambition du Parlement devrait consister à élaborer, en ce qui concerne les problèmes éthiques, une réglementation dans laquelle se retrouve, si possible, une majorité des citoyens.

Il a d'ailleurs été curieux de constater qu'au sein du Comité consultatif de Bioéthique, un rapprochement s'est opéré entre plusieurs partisans et adversaires de l'interdiction de pratiquer l'euthanasie, à propos de la fameuse « proposition 3 ».

Il importe, dans un premier temps, de lancer et de poursuivre un débat démocratique sur cette question.

L'intervenant cite le philosophe Maurice Adams ([1]):

« C'est précisément parce que l'ordre social ne peut être légitimé que par le fait de s'exprimer et de s'exprimer à son sujet que l'aspect dialogique de la démocratie revêt une telle importance dans la société pluraliste. Si vous et moi avons des opinions divergentes sur la vérité morale, nous n'avons une chance d'aboutir à une solution satisfaisante pour nous deux que si nous en parlons ensemble. ».

Il s'agit là d'un point de départ intéressant pour la discussion du projet de loi relatif à l'euthanasie. L'intervenant estime d'ailleurs qu'il appartient aux politiciens de nouer un dialogue démocratique sincère sur la teneur de l'éthique et sur les valeurs qui nous transcendent, les choses qui nous dépassent et auxquelles nous sommes tous confrontés d'une manière ou d'une autre.

En ce qui concerne les fondements, toute réglementation doit s'appuyer sur une large majorité au sein de la société. Dans les questions éthiques, une réglementation ne peut être cautionnée par la population que si elle reflète également dans une large mesure le sentiment de celle-ci.

La législation relative à l'euthanasie ne peut constituer une revanche politique pour les décennies de participation des démocrates-chrétiens aux gouvernements. Les interventions de certains collègues vont pour-

([1]) F. Van Neste, J. Taels, A. Cools (éd.) « *Van Klinische ethiek tot biorecht »,* p. 386.

ten ze aanvoelen : « … het is nu of nooit … geen gezever … we moeten dit nu snel, *ne varietur*, goedkeuren ». Dit is een verwerpelijk uitgangspunt dat bovendien tegengesteld is aan de belangen van de samenleving.

Is het trouwens niet hoe dan ook zo dat de opdracht en de nood aan dialoog voorop moet staan tussen mensen met verschillende levensbeschouwelijke opvattingen ?

De spreker verwijst terzake naar de geschriften van theoloog Peter Schmidt die heel veel intense contacten en gesprekken heeft gehad met Leo Apostel, notoir vrijzinnig ethicus en filosoof, en die daaromtrent heel interessante dingen schrijft die ook in een politieke context interessant en nuttig kunnen zijn.

De spreker citeert uit een recente publicatie van Peter Schmidt ([2]) :

« Het zal dit jaar in augustus 4 jaar geleden zijn dat één van m'n beste vrienden ooit onverwacht stierf. Leo Apostel. Ik zal nooit de avond vergeten dat wij elkaar voor het eerst ontmoetten. Hij was gekomen op m'n uitnodiging, naar aanleiding van een conferentie die hij gegeven had, en waarover ik wenste verder te discussiëren. Toen het al vlug duidelijk werd dat dit niet onze laatste ontmoeting zou zijn, en dat we absoluut verder wilden praten, zei hij plots : « Waarover we zullen moeten denken en praten, collega, — we spraken elkaar toen nog aan met « collega » — is de vraag : « waarom zegt u ja en waarom zeg ik neen ? Kunnen wij dat al verstaan ? ». Jarenlang hebben onze gesprekken rond deze vragen gedraaid. Hij had mij ook gevraagd om daar samen een boek over te schrijven. Zijn plotse dood heeft dit project verhinderd, een project waar we allebei op gebrand waren, en waarvan we evenzeer schrik hadden; het zou ons immers dwingen « uit ons kot te komen » .... Maar we zijn er eigenlijk nooit uitgeraakt, uit die vraag. Dus Leo eigenlijk ook nooit uit de vraag waarom hij « neen » zei. Wij hebben ons daar niet bij neergelegd, omdat wij allebei te zeer ervan overtuigd waren dat je moet blijven denken en spreken, en dat zuiver gevoel en irrationaliteit zeker geen exclusieve basis kunnen vormen voor zulke fundamentele levenskeuzes (als geloof in God of atheïsme). Omdat we er allebei te zeer van overtuigd waren dat waarheid bestaat, en dat zij moet worden gezocht; dat men erover moet en kan spreken; dat we moeten proberen ze mededeelbaar te maken; dat ethische waarden niet enkel op subjectieve preferenties gebaseerd zijn, noch religieuze overtuigingen op loutere antecedenten uit de opvoeding, enz. ».

([2]) Peter Schmidt : « Waarom ik (nog) geloof », uit het tijdschrift IPG, nr 2, 1999, blz. 7.

tant dans ce sens. Ils le font à tout le moins comprendre implicitement : « … c'est maintenant ou jamais …, plus de bavardages … nous devons adopter ce projet maintenant et sans tarder, sans rien y changer ». Ce point de vue est condamnable et, de surcroît, contraire à l'intérêt de la société.

La mission et la nécessité d'un dialogue ne doivent-elles d'ailleurs pas primer, quoi qu'il en soit, entre des gens ne partageant pas les mêmes conceptions philosophiques ?

L'intervenant renvoie en l'espèce aux écrits du théologien Peter Schmidt, qui a eu des contacts et des entretiens nombreux et intenses avec Leo Apostel, éthicien et philosophe notoirement libéral, et qui écrit à cet égard des choses très intéressantes pouvant également s'avérer utiles et pertinentes dans un contexte politique.

L'intervenant cite un extrait d'une publication récente de Peter Schmidt ([2]) :

« Cette année, au mois d'août, cela fera 4 ans que l'un de mes meilleurs amis, Leo Apostel, est décédé inopinément. Jamais je n'oublierai cette soirée où nous nous sommes rencontrés pour la première fois. Je l'avais invité à la suite d'une conférence qu'il avait donnée et à propos de laquelle je désirais m'entretenir davantage avec lui. Très vite, nous sûmes que ce ne serait pas notre dernière rencontre, que nous voulions à tout prix poursuivre notre conversation et, à ce moment, il déclara subitement : « Ce dont nous devrons discuter et sur quoi nous devrons nous pencher, cher collègue (à l'époque, nous utilisions encore le terme « collègue » lorsque nous nous adressions la parole), est la question suivante : « Pourquoi vous, dites-vous oui et pourquoi moi, dis-je non ? Pourrions-nous comprendre cela ? » Pendant des années, nos conversations ont tourné autour de cette question. Il m'avait également proposé d'écrire ensemble un livre à ce sujet. Vu son décès soudain, ce projet n'a pu voir le jour, un projet qui nous passionnait tous deux, autant qu'il nous faisait peur. En effet, il nous aurait contraints « à jouer cartes sur table » ... Mais, à vrai dire, nous ne sommes jamais parvenus à éclaircir les choses. Et par conséquent, Leo n'est jamais parvenu non plus à déterminer pourquoi il disait non. Toutefois, nous n'en sommes pas restés là : nous étions tous deux trop intimement convaincus qu'il fallait continuer de penser et de discuter et que les sentiments et l'irrationalité ne pouvaient certainement pas être les seuls éléments motivant de tels choix de vie fondamentaux (tels que la foi ou l'athéisme). En outre, nous étions tous deux trop intimement convaincus que la vérité existait et qu'il fallait la chercher; que l'on devait et que l'on pouvait en parler; qu'il fallait s'efforcer de la rendre accessible à autrui; que les valeurs éthiques ne reposaient pas uniquement sur des préférences subjectives et que les convictions religieuses n'étaient pas uniquement le fruit de notre éducation, etc. ».

([2]) Peter Schmidt : « *Waarom ik (nog) geloof* », paru dans la revue IPG, n° 2, 1999, p. 7.

Het basisgegeven is dat je moet blijven denken en spreken over deze fundamentele ethische kwesties en fundamentele waarden en dat men dus nooit op een punt kan komen « alles is gezegd, we praten er niet meer over ». De spreker had bij een aantal tussenkomsten de indruk dat men zei : « Wij hebben onder elkaar beslist dat het zo is en dat het zo zal blijven. Alles is gezegd. We praten er niet meer over. We gaan stemmen. ».

Dit zou een ethisch verwerpelijk uitgangspunt zijn dat schril afsteekt tegen de permanente noodzaak aan dialoog en overleg, aan de permanente evolutie van het denken en spreken over de fundamentele ethische problemen.

Het beginsel van het wetsontwerp : de wilsautonomie, het zelfbeschikkingsrecht

Kan de mens over de dood beschikken ?

Het uitgangspunt van het wetsontwerp is het zelfbeschikkingsrecht. Men gaat dus uit van het beginsel van de wilsautonomie : dit is de norm.

De vraag die zich stelt is : is de mens de maat van alle dingen, ook van de dood ?

De filosoof Arthur Cools betwijfelt dit en stelt terecht dat de autonomie van de mens begrensd is door de dood ([3]).

« De centrale plaats van de mens in het euthanasiedebat is niet vanzelfsprekend : zij gaat voorbij aan iets essentieels, met name de dood. Precies met betrekking tot de dood lijkt het helemaal niet zo evident dat de mens eenzelfde centrale rol voor zich zou kunnen opeisen als in het contractsdenken of in het burgerlijk recht. ».

De vraag is of het uitgangspunt van de autonomie van de mens kan worden gehandhaafd wanneer het gaat over het levenseinde en zeker wanneer het gaat over de dood.

Over het zelfbeschikkingsrecht is het interessant te citeren uit het senaatsdebat. Senator Mahoux zegt : *« chacun a le droit de choisir sa manière d'avoir une mort digne ».* Mahoux zegt verder : *« Enfin, pourquoi d'après vous a-t-on tant de peine à utiliser le terme euthanasie ? Est-ce que parce que chacun d'entre nous éprouve la difficulté à voir la mort en face ? ».*

Dat is dus een heel duidelijke en scherpe stellingname van Mahoux : « Wij hebben het recht onze waardige dood te kiezen en wij kunnen het aan de dood in het gezicht aan te kijken ».

([3]) F. Van Neste, J. Taels, A. Cools (eds.) « Van klinische ethiek tot biorecht », blz. 298.

Le principe de base est qu'il faut continuer à mener la réflexion et le débat sur ces questions éthiques et ces valeurs fondamentales et que l'on ne peut jamais se dire « tout est dit, on n'en parle plus ». À entendre certaines interventions, l'intervenant avait l'impression que l'on disait : « Nous avons décidé qu'il en est et qu'il en sera ainsi. Tout est dit. On n'en parle plus. On va passer aux votes. ».

Cette attitude serait parfaitement condamnable d'un point de vue éthique et en totale contradiction avec le besoin permanent de dialogue et de concertation et avec l'évolution continuelle de la réflexion et de la discussion sur les grands problèmes éthiques.

Le principe du projet de loi : l'autonomie de la volonté, le droit à l'autodétermination

L'être humain peut-il disposer de la mort ?

Le projet de loi se fonde sur le droit à l'autodétermination, c'est-à-dire sur le principe de l'autonomie de la volonté, qui constitue la norme.

La question qui se pose est de savoir si l'homme est la mesure de toutes choses, y compris la mort ?

Le philosophe Arthur Cools en doute et estime à juste titre que l'autonomie de l'être humain est limitée par la mort ([3]).

« L'homme ne doit pas nécessairement occuper la place centrale dans le débat sur l'euthanasie. En lui accordant cette place centrale, on fait fi d'élément essentiel : la mort. À propos de la mort, précisément, il n'est pas du tout certain que l'homme puisse revendiquer un rôle aussi central que dans la pensée contractuelle ou dans le droit civil. ».

La question est de savoir si le principe du libre arbitre de la personne humaine peut être maintenu lorsqu'il s'agit de la fin de vie et *a fortiori* lorsqu'il est question de la mort.

En ce qui concerne le droit à l'autodétermination, il est intéressant de citer certains passages émanant des débats tenus au Sénat. Le sénateur Mahoux déclare : *« chacun a le droit de choisir sa manière d'avoir une mort digne ».* Il ajoute : *« Enfin, pourquoi d'après vous a-t-on tant de peine à utiliser le terme euthanasie ? Est-ce parce que chacun d'entre nous éprouve la difficulté à voir la mort en face ? ».*

Mahoux affiche en l'occurrence une position claire et précise lorsqu'il déclare : *« Nous avons le droit de choisir une mort digne afin de pouvoir la regarder en face* (traduction) *».*

([3]) F. Van Neste, J. Taels, A. Cools (éd.) *« Van klinische ethiek tot biorecht »,* p. 298.

Cools gaat daar niet mee akkoord en de spreker vindt zich daarin terug : « Is het *uberhaupt* voor een mens wel mogelijk om de dood in het gezicht te zien ? ». Er zijn er waarschijnlijk heel weinigen die daartoe in staat zijn. De essentiële vraag is : behoort de beslissing over de dood tot de capaciteit van de mens ?

In het wetsontwerp is men uitgegaan van de evidentie van de capaciteit van de mensen om daaromtrent een beslissing te nemen. Naar het aanvoelen van de spreker is het helemaal niet evident dat de mens de capaciteit heeft om die beslissing te nemen.

Arthur Cools schrijft hieromtrent ([4]) :

« Die ongrijpbaarheid van de dood, die onmogelijkheid haar een vaste plaats te geven, maakt dat de dood een absolute grens oplegt aan ons cultureel zo dominante ideaal van beheersing. Absoluut is die grens in die zin dat de dood niet een gebied is dat nog onontgonnen zou zijn en dat zich langzaam voor onze mogelijkheden zal ontsluiten, maar in de zin dat de dood van een andere orde is dan de categorieën die in het ideaal van beheersing worden verondersteld (....). Met betrekking tot de dood vermag de mens dus niets, niet omdat de dood te sterk zou zijn en een vermogen zou hebben dat te groot zou zijn voor het menselijke vermogen en het daarom vernietigt, maar omdat de dood de onmogelijkheid is van elk vermogen. De dood is zonder afstand, zonder toekomst, zonder mogelijkheid. Ze is in de dubbele betekenis van het woord uitzichtloos, dit is uit het zicht en zonder uitweg. Op die manier stelt de dood een absolute grens aan de autonomie van de mens. ».

Op deze wijze wordt het fundamentele uitgangspunt van het wetsontwerp in vraag gesteld.

Tegenover het absolute criterium van het zelfbeschikkingsrecht staat de vraag of de autonomie van de mens niet begrensd is door het gegeven van de dood. Autonomie geldt tot op dat ogenblik. Maar van zodra het over de dood gaat, dan spreken we over iets dat wij niet meer kunnen grijpen, dat onbepaalbaar en onbeheersbaar is. Het criterium van de wilsautonomie faalt omdat de wilsautonomie begrensd is door het gegeven van de dood.

Het criterium van de wil van de patiënt is ontoereikend.

Het gegeven dat de naderende dood bij vele mensen onzekerheid en twijfel meebrengt, doet het criterium van de wil van de patiënt om te beslissen over euthanasie wankelen. Hoe kan iemand die terminaal is en onzeker over wat zij of hij wenst ten aanzien van het naderende levenseinde de verantwoordelijkheid worden opgedragen hieromtrent een decisieve beslissing te nemen ?

([4]) *Ibid.*, blz. 302 en 303.

Cools ne partage pas cet avis et demande : *« Est-il réellement possible pour un homme de voir la mort en face ?* (traduction) » Il y en a vraisemblablement très peu qui en sont capables. La question essentielle est de savoir s'il appartient à l'être humain de décider de sa mort.

Le projet de loi à l'examen part du principe que l'homme est tout à fait capable de prendre une décision en la matière. L'intervenant a, en revanche, le sentiment que ce n'est pas du tout le cas.

Arthur Cools écrit à ce sujet ([4]) :

« [traduction libre :] Cette insaisissabilité de la mort, cette impossibilité de lui accorder une place fixe, a pour effet que la mort impose une limite absolue à notre idéal de contrôle, si dominant du point de vue culturel. Cette limite est absolue en ce sens que la mort n'est pas un territoire qui serait encore vierge et qui s'ouvrirait lentement à nos possibilités, mais dans le sens que la mort est d'un autre ordre que les catégories qui sont présumées dans l'idéal du contrôle (…). L'homme est donc impuissant face à la mort, non pas parce que celle-ci serait trop forte et posséderait une puissance trop forte pour le pouvoir humain et qu'elle anéantit par conséquent celui-ci, mais parce que la mort est l'impossibilité de tout pouvoir. La mort est sans distance, sans avenir, sans possibilité. Elle est à la fois hors de la vue et sans issue. La mort impose ainsi une limite absolue à l'autonomie de l'homme. ».

Le point de départ fondamental du projet de loi est ainsi remis en question.

Au critère absolu du droit à l'autodétermination s'oppose la question de savoir si l'autonomie de l'homme n'est pas limitée par la mort. L'autonomie existe jusqu'à ce moment. Mais dès l'instant où il s'agit de la mort, nous parlons de quelque chose que nous ne pouvons plus appréhender, qui est indéfinissable et incontrôlable. Le critère de l'autonomie de la volonté est dénué de pertinence parce que cette autonomie est limitée par la mort elle-même.

Le critère de la volonté du patient est inadéquat.

Le fait que l'approche de la mort plonge de nombreuses personnes dans le doute et le désarroi infirme le critère selon lequel il appartient au patient de décider s'il veut être euthanasié. En effet, comment une personne, qui se trouve en phase terminale et n'est pas certaine de ce qu'elle souhaite face à une mort prochaine, peut-elle se voir confier la responsabilité de prendre une décision déterminante à ce propos ?

([4]) *Ibid.*, pp. 302 et 303.

Nochtans is het dit wat het wetsontwerp betreffende de euthanasie oplegt !

Opnieuw filosoof Cools hieromtrent ([5]) :

« De twijfel, dat probeer ik hier tenminste te bepleiten, het erkennen van die twijfel en het toelaten van onzekerheid, is een fundamenteel ethische voorwaarde waarbinnen onze omgang met de dood in het algemeen en de casuïstiek met betrekking tot levensbeëindigend handelen in het bijzonder zich pas kunnen ontplooien. Om twee redenen kan zij fundamenteel ethisch worden genoemd : ten eerste betreft het een houding die laat zien dat met betrekking tot de dood om het even welke stelligheid of zelfverzekerdheid « ongepast » is; ten tweede betreft het een houding die een voorwaarde is om tot concensus te komen. ».

De situatie van verontrusting van de patiënt aan het levenseinde sluit uit dat hij over euthanasie beslist. Zou het niet bijzonder ongepast zijn de twijfelende, ongeruste patiënt te confronteren met een vraag over een eenduidig standpunt over zijn levenseinde ? Vanuit deze redenering kan het criterium van de wil van de patiënt niet gehandhaafd blijven.

Ten aanzien van de noodkreet van de lijdende en stervende mens die zegt : « er moet iets gebeuren », is het antwoord deliberatie en overleg. Laat de patiënt dan niet de last van de verantwoordelijkheid dragen.

Zoals Cools schrijft, is dan het moment aangebroken om tot een zo groot mogelijke eensgezindheid te komen van alle actoren. Verpleegkundigen, arts en familie overleggen en komen tot een gemeenschappelijk standpunt.

De wil van de patiënt als beslissingscriterium is tegengesteld aan de omstandigheden en de capaciteit van de mens die stervende is.

Het is passend hier even te verwijzen naar het verhaal van Simone de Beauvoir over de dood van haar moeder die ze als een energieke en fiere persoonlijkheid heeft gekend.

Zij beschrijft hoe haar eigen opstandigheid tegen het lijden van haar moeder — als het van Simone afhangt zouden de artsen zo snel mogelijk tot levensbeëindigend handelen moeten overgaan — niet zozeer door de artsen gedesoriënteerd wordt, maar door de houding van haar moeder zelf : « *Elle a soupiré : « ça m'est égal ». Et après un instant de réflexion : « Ce qui m'inquiète, c'est que tout m'est égal ».* » ([6]). Het is die onverschilligheid, die afwezigheid en onbepaaldheid waarin haar moeder terechtkomt, die Simone doet beseffen dat zij enkel het verschil kan maken. Rekening houden met haar moeder betekent op dat moment — ondanks de oude spanningen die haar sinds haar adolescentie van haar moe-

C'est pourtant ce qu'impose précisément le projet de loi relatif à l'euthanasie !

Citons une nouvelle fois le philosophe Cools sur ce point ([5]) :

« Le doute — c'est du moins ce que j'essaie de plaider — la reconnaissance de ce doute et l'acceptation de l'incertitude constituent une condition éthique indispensable au développement de notre rapport avec la mort en général et de la casuistique relative à l'intervention euthanasique en particulier. Cette condition peut être qualifiée de fondamentalement éthique pour deux raisons : premièrement, elle porte sur une attitude qui montre que vis-à-vis de la mort, toute assurance ou confiance en soi est « inconvenante »; deuxièmement, elle porte sur une attitude indispensable pour arriver à un consensus. » (Traduction).

L'état d'inquiétude dans lequel se trouve le patient à la fin de sa vie exclut qu'il prenne la décision de se faire euthanasier. En effet, ne serait-il pas particulièrement inconvenant de demander à un patient préoccupé, en proie au doute, d'adopter une position claire sur la fin de sa vie ? Sur la base de ce raisonnement, le critère de la volonté du patient ne peut être maintenu.

Face au cri de détresse de la personne mourante qui souffre et qui dit : « Il faut faire quelque chose », la réponse tient dans la délibération et la concertation. Ne laissons pas au patient le poids de la responsabilité.

Comme l'écrit Cools, le moment est venu de parvenir à un consensus le plus large possible entre tous les acteurs. Les infirmiers(ères), le médecin et la famille se concertent et dégagent une position commune.

À la volonté du patient comme critère de décision s'opposent la situation et la capacité de la personne mourante.

Il convient ici de rappeler ce que Simone de Beauvoir a écrit à propos de la mort de sa mère, qu'elle a connue comme une personnalité fière et énergique.

Elle décrit comment sa propre révolte contre la souffrance de sa mère — si cela dépendait de Simone, les médecins devraient pratiquer l'euthanasie le plus rapidement possible —, a été troublée non tant par les médecins que par le comportement de sa mère elle-même : « Elle a soupiré : « ça m'est égal ». Et après un instant de réflexion, : « Ce qui m'inquiète, c'est que tout m'est égal ». » ([6]). C'est cette indifférence, cette absence et cette indétermination où se trouve sa mère qui font prendre conscience à Simone qu'elle seule peut faire la différence. S'occuper de sa mère signifie à ce moment-là — malgré les vieilles tensions qui, depuis son adolescence, l'avaient éloignée de sa mère — assister sa mère,

([5]) *Ibid.*, blz. 311.

([6]) Simone de Beauvoir, « *Une mort très douce* », Paris, Gallimard, 1984, blz. 130.

([5]) *Ibid.*, p. 311.

([6]) Simone de Beauvoir, *« Une mort très douce »,* Paris, Gallimard, 1984, p. 130.

der vervreemd hebben — haar moeder bij te staan, er te zijn, haar zoveel mogelijk tot rust te brengen *: « Maman a paru inquiète : « Tu sauras ? Tu sauras me mettre la main sur le front si j'ai des cauchemars ? » ».*

Filosoof Cools concludeert hier zeer fijntjes uit :

« In het licht van deze beschouwingen is het helemaal niet duidelijk waarvoor de euthanasiewet nu precies een oplossing moet bieden, maar met de dood heeft dat alvast niet te maken. ».

Het extreme liberalisme van de keuzevrijheid

Wanneer men zegt : het is de wil van de patiënt die conditioneert wat er moet gebeuren, dan gaat men eigenlijk uit van het feit dat de overheid neutraal moet blijven ten opzichte van deze problematiek. Want de overheid komt niet tussen : er is geen richting vanwege de wetgever, vanwege de overheid, vanwege de politiek. Men zegt : « het enige criterium is dat ik beslis, ik heb daarover beslist ». Het « ik » bepaalt en de politiek heeft daar niets mee te maken.

De opvatting van de spreker over politiek is anders. Hij denkt dat het pure individualisme ook in deze uit den boze is. Het pure individualisme waarbij de mens alleen maar met zichzelf en om zichzelf begaan is, staat ook hier lijnrecht tegenover de opvatting dat de mens een bepaalde relatie heeft met de gemeenschap en met de omgeving, waarbij hoe dan ook met de omgeving en met de gemeenschap rekening moet worden gehouden.

Een visie van individuele benadering van de mens strookt niet met zijn opvattingen over solidariteit en verbondenheid. Het is zijn overtuiging dat dit ontwerp een absolute uiting is van het individualisme dat hoogtij viert en dat als enig criterium geldt bij de beoordeling van een fundamenteel moment in het leven van de mens.

De spreker heeft daar als politicus, als christen-democraat, als mens fundamentele problemen mee. Het pure individualisme leidt trouwens tot een visie op politiek die enkel wordt gebruikt voor het eigen belang en waarbij de interesse voor de *res publica* wordt herleidt tot de mate waarin men er zelf belang bij heeft.

In die zin leunt het wetsontwerp zeer sterk aan bij een extreem liberale opvatting over zelfbeschikking en keuzevrijheid en wekt het verwondering dat socialisten zich hierin terugvinden.

De wil van de patiënt : een vraag om hulp

De vraag tot euthanasie is dikwijls niet zozeer een verzoek tot euthanasie maar een *verzoek tot hulp*. In een hoorzitting in de Senaat werd deze vraag heel treffend omschreven als een *« cri du cœur »*, waarbij het verzoek niet zozeer een verzoek is om een einde te maken aan het leven, maar veeleer een noodkreet die

être présente, la tranquilliser le plus possible : « Maman a paru inquiète : « Tu sauras ? Tu sauras me mettre la main sur le front si j'ai des cauchemars ? » ».

Le philosophe Cools en tire, avec beaucoup de perspicacité, la conclusion suivante :

« *À la lumière de ces considérations, il est totalement impossible de déterminer précisément les solutions que la loi relative à l'euthanasie est censée apporter, mais cela n'a assurément aucun rapport avec la mort.* ».

Une conception extrêmement large du libre arbitre

Lorsque l'on dit que c'est la volonté du patient qui doit conditionner la suite des événements, on part en fait du principe que les autorités se doivent d'être neutres à l'égard de cette problématique. Car les autorités n'interviennent pas : ni le législateur, ni les autorités ni les politiques n'indiquent de direction. On dit : « le seul critère, c'est que je décide, c'est que j'ai pris une décision ». Le « moi » se détermine et la politique n'a pas à s'immiscer dans la sphère de l'ego.

La conception de l'orateur en matière de politique est différente. Il estime également que, dans cette matière, l'individualisme strict doit être exclu. L'individualisme strict impliquant que l'homme ne se préoccupe que de soi-même s'oppose radicalement à la conception de l'homme selon laquelle celui-ci entretient une relation déterminée avec la communauté et l'environnement, relation dans laquelle l'environnement et la communauté doivent de toute façon être pris en compte.

La vision d'une approche individualiste de l'homme ne rencontre pas ses conceptions en matière de solidarité. Il a la conviction que le projet à l'examen est l'expression absolue de l'individualisme triomphant, seul critère retenu dans l'appréciation d'un moment fondamental de la vie de l'homme.

En tant que politique, démocrate chrétien et en tant qu'homme, l'intervenant peut difficilement accepter cette vision. L'individualisme pur et dur débouche d'ailleurs sur une vision de la politique qui ne tient compte que de l'intérêt personnel, l'intérêt pour la chose publique étant ramené à la mesure de l'intérêt personnel.

La philosophie du projet de loi est, en ce sens, très proche d'une conception extrêmement libérale en matière d'autodétermination et de liberté de choix et il est surprenant que des socialistes y souscrivent.

La volonté du patient : une demande d'aide

La demande d'euthanasie n'est, souvent, pas tant une demande d'euthanasie qu'une *demande d'aide.* Au cours d'une audition organisée au Sénat, cette demande a été qualifiée très justement de « cri du cœur » : il ne s'agit pas tant d'une demande visant à mettre un terme à la vie que d'un cri de détresse qui est en fait l'expression

eigenlijk een ander verzoek is dan wat het lijkt of schijnt te zijn. Professor Distelmans zei zelfs dat in 99 % van de gevallen de vraag naar levensbeëindiging in feite een ander verzoek beoogt dan de eigenlijke levensbeëindiging.

Het is heel dikwijls een vraag, een kreet naar hulp, naar bijstand, een noodkreet vanuit eenzaamheid, een vraag naar begeleiding. De spreker zou durven zeggen dat het een vraag is naar menselijke zorgbenadering. Het is dan ook van het grootste belang om ervoor te zorgen te weten te komen wat eigenlijk wordt gevraagd. We moeten decoderen wat de eigenlijke bedoeling is van de patiënt om te voorkomen dat men uit de wilsverklaring zaken afleidt die de patiënt helemaal niet bedoeld heeft.

De spreker wil daaromtrent verwijzen naar een onderzoek dat is gebeurd in Nederland naar aanleiding van de nieuwe wet aldaar en waarbij Bernardina Wanroy van de afdeling huisartsgeneeskunde van het Amsterdams medisch centrum een onderzoek heeft gedaan naar het toepassingsgebied van de wet. Volgens dit onderzoek komt een groot deel van de euthanasieverzoeken voort uit een « schromelijke onwetendheid over alternatieve pijn- en symptoombestrijding en palliatieve geneeskunde in het algemeen. ». Daaruit kunnen we afleiden dat in de mate dat men beter zou zijn geïnformeerd over palliatieve zorg men vermoedelijk de vraag naar levensbeëindiging niet op dezelfde wijze zou omschrijven of formuleren.

De palliatieve filter : de wil van de patiënt zuiveren

En dan komt de spreker precies tot het standpunt van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, zoals die trouwens is overgemaakt aan al degenen in het Parlement die met deze materie bezig zijn. De vraag is heel uitdrukkelijk dat men de oneigenlijke vragen om euthanasie, te wijten aan slechte of ontbrekende palliatieve zorg, zou wegfilteren. Men moet voorkomen dat dergelijke vragen aanleiding geven tot levensbeëindiging wanneer deze vragen helemaal iets anders bedoelen. Het standpunt van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen is een heel terecht standpunt. Een voorafgaande palliatieve consultatie is noodzakelijk met de bedoeling om de vragen die dikwijls oneigenlijke vragen zijn te filteren, te zuiveren.

Als men tot een beslissing komt, dan moet het een geïnformeerde beslissing zijn, een beslissing met kennis van zaken. En een beslissing met kennis van zaken is slechts mogelijk na die voorafgaande palliatieve consultatie.

De beslissing over het levenseinde kan slechts weloverwogen, herhaald en duurzaam zijn in de mate dat

d'une demande différente de ce qu'elle paraît être de prime abord. Le professeur Distelmans a même déclaré que dans 99 % des cas, la demande d'interruption de vie n'a en fait pas pour objet de mettre un terme à la vie.

Il s'agit très souvent d'une demande d'aide, d'assistance, d'un appel à l'aide, d'un cri de détresse que l'on pousse parce que l'on se sent seul, d'une demande d'accompagnement. L'intervenant oserait dire qu'il s'agit d'une demande d'approche humaine en matière de soins. Il est dès lors primordial de veiller à savoir quelle est en fait la demande du patient. Nous devons décoder la demande du patient, afin d'éviter d'inférer de la déclaration de volonté des choses qu'il n'a pas voulu exprimer.

L'intervenant tient à cet égard à attirer l'attention sur une étude qui a été réalisée aux Pays-Bas, par Bernardina Wanroy, de la section « médecine générale » du centre médical d'Amsterdam, concernant le champ d'application de la nouvelle loi sur l'euthanasie. Selon cette étude, une part importante des demandes d'euthanasie résultent d'une ignorance criante des alternatives en matière de lutte contre la douleur et les symptômes et de la médecine palliative en général. Nous pouvons inférer de cette étude que si l'on était mieux informé au sujet des soins palliatifs, l'on ne définirait ou formulerait pas de la même manière la demande d'interruption de vie.

Le filtre palliatif : purger la volonté du patient

L'intervenant aborde ensuite, précisément, le point de vue de la *Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen* (fédération flamande des soins palliatifs), qui a d'ailleurs été communiqué à toutes les personnes concernées par cette matière au sein du Parlement. Cette fédération souhaite très explicitement que l'on élimine les demandes d'euthanasie qui sont formulées parce qu'il n'y a pas de soins palliatifs ou parce que ceux-ci sont de mauvaise qualité et qui ne sont pas de véritables demandes d'euthanasie. Il convient d'éviter que ces demandes donnent lieu à un acte euthanasique alors que leur objet est tout autre. L'opinion de la *Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen* est tout à fait fondée. Il est nécessaire de prévoir une consultation palliative préalable visant à filtrer, à purger, les demandes qui, souvent, ne sont pas de véritables demandes d'euthanasie.

Toute décision doit être avertie et prise en connaissance de cause. Or, seule une consultation palliative préalable permet de prendre pareille décision.

On ne peut décider de la fin de sa vie en conscience, de manière répétée et durablement que lorsqu'on sait

men weet dat er heel concreet een palliatief alternatief bestaat voor het lenigen van het lijden.

Want, redenerend in de filosofie van het wetsontwerp : als men zegt, het criterium is de wil van de patiënt, dan moet dit een zuivere, authentieke, met kennis van zaken inhoudelijk geuite wil van de patiënt zijn.

Minstens moeten de oneigenlijke vragen worden weggefilterd. Daar moet iedereen het toch over eens zijn. Daarom pleiten de christen-democraten voor een palliatieve filter.

Vijf fundamentele kernbezwaren

Men regelt slechts 1,1 % van de gevallen

Uit een recent gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek blijkt dat voor Vlaanderen (1998), in 40 % van de sterfgevallen het overlijden werd veroorzaakt door een medische ingreep die het leven verkort of zelfs beëindigt.

Uit dit onderzoek blijkt dat euthanasie, in de betekenis dat een arts opzettelijk en op vraag van de patiënt overgaat tot levensbeëindiging, hoogst uitzonderlijk is, met name in 1,1 % van de gevallen. Meer dan 38 % van de sterfgevallen zijn het gevolg van andere medische beslissingen bij het levenseinde. Zijn bedenking hierbij is de volgende : waarom gaat men deze specifieke en relatief uitzonderlijke situatie reguleren en de andere situaties die zich kunnen voordoen bij het einde van het leven niet ? De andere belangrijke medische beslissingen bij het einde van het leven roepen ook belangrijke vragen op inzake de rechten van de patiënt, inzake het voorkomen en het tegengaan van clandestiene euthanasie, inzake de transparantie en de humanisering van de handelingen van de arts en inzake de rechtszekerheid van de arts.

Quid als palliatieve zorgverlening het lijden kan lenigen ?

Er bestaat een fundamenteel probleem in de teksten voor wat betreft het volgende.

Kan volgens het wetsontwerp euthanasie als palliatieve zorgen het lijden lenigen ? Dit is een cruciale vraag die niet wordt beantwoord in de tekst van het wetsontwerp.

Indien de palliatieve zorgen het lijden lenigen, of kunnen lenigen, kan dan volgens het wetsontwerp euthanasie worden gepleegd ? En ik stel die vraag omdat de teksten daaromtrent dubbelzinnig zijn. De teneur van de tekst, als ik het goed begrijp, lijkt te zijn dat men de patiënt de keuze laat : ofwel het verzoek tot levensqu'il existe une solution palliative très concrète pour apaiser la souffrance.

On notera par ailleurs que, si l'on suit la philosophie du projet, dès lors que l'on estime que l'élément déterminant est la volonté du patient, cette dernière doit être pure, authentique et exprimée en connaissance de cause, relativement à son contenu.

Il faut au moins éliminer les demandes qui ne sont pas de véritables demandes d'euthanasie. Ce point doit quand même faire l'unanimité. C'est pourquoi les démocrates-chrétiens plaident pour la mise en place d'un filtre palliatif.

Cinq objections fondamentales

On ne règle que 1,1 % des cas

Il ressort d'une étude scientifique publiée récemment qu'en Flandre (1998), 40 % des décès ont été causés par une intervention médicale destinée à abréger la vie, voire à y mettre un terme.

Cette étude révèle que l'euthanasie, comprise comme étant l'acte par lequel le médecin met, intentionnellement et à la demande du patient, fin à la vie de celui-ci, n'est pratiquée que de manière très exceptionnelle, à savoir dans 1,1 % des cas. Plus de 38 % des décès font suite à d'autres décisions médicales prises dans le cadre de la fin de vie du patient. Sa réflexion en la matière est la suivante : pourquoi réglementer cette situation spécifique et relativement exceptionnelle et pas les autres situations qui peuvent se présenter à la fin de la vie ? Les autres décisions médicales importantes à prendre à la fin de vie du patient soulèvent également d'importantes questions quant aux droits du patient, à la prévention de l'euthanasie clandestine et à la lutte contre celle-ci, à la transparence et à l'humanisation des pratiques médicales ainsi qu'à la sécurité juridique du médecin.

Qu'en est-il si les soins palliatifs peuvent soulager la souffrance ?

Les textes posent un problème fondamental sur le point suivant.

L'euthanasie peut-elle, conformément au projet de loi à l'examen, soulager la souffrance au même titre que les soins palliatifs ? Il s'agit en l'occurrence d'une question cruciale à laquelle le projet de loi ne répond pas.

Si les soins palliatifs soulagent ou peuvent soulager la douleur, l'euthanasie peut-elle alors être pratiquée conformément au projet de loi ? Si je pose cette question, c'est parce que les textes sont ambigus à cet égard. Sauf erreur de ma part, la teneur du texte semble être que l'on laisse le choix au patient : soit il demande que

beëindiging en de uitvoering door de arts ofwel de palliatieve zorg.

Maar wat als blijkt dat het lijden kan worden gelenigd door de palliatieve zorg ? In de tekst van het voorstel staat : « *de arts die euthanasie toepast pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat de patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek en psychisch lijden dat niet kan worden gelenigd.* ». In de mate dat de palliatieve zorg het lijden lenigt, betekent dit dan dat er geen euthanasie kan worden uitgevoerd ?

Zoals de tekst thans is geredigeerd, laat hij de interpretatie toe dat, wanneer palliatieve zorgen het lijden lenigen, de arts een misdrijf pleegt als hij tot euthanasie overgaat.

Euthanasie kan ook voor niet-terminalen

Het feit dat euthanasie op basis van het ontwerp mogelijk wordt voor niet-terminalen is onbegrijpelijk.

In de klassieke betekenis van het begrip euthanasie gaat het over mensen die aan het sterven zijn. In het wetsontwerp heeft men dat gewijzigd en heeft de meerderheid eigenlijk een nieuwe betekenis gegeven aan het begrip euthanasie, met name de mensen die willen sterven.

De spreker stelt dat dit voor de CD&V-fractie totaal onaanvaardbaar is. Een terminale fase kan nog worden geobjectiveerd. Voor niet-terminalen geldt uitsluitend de subjectieve invulling van de patiënt zelf. Hij blijft er trouwens van overtuigd dat een wettelijke regeling die euthanasie mogelijk maakt voor niet-terminale patiënten, zeer moeilijk de toets zal kunnen doorstaan voor wat betreft de conformiteit aan artikel 2 van het Europees Verdrag van de Bescherming van de Rechten van de Mens.

Hij weet dat de Raad van State in haar advies dit standpunt niet deelt.

Hij is er evenwel niet van overtuigd dat in de mate dat euthanasie wordt toegelaten voor niet terminalen het Europees Hof het advies van de Raad van State zal volgen. Door de levensbeëindiging te ontkoppelen van de terminale fase van het leven en met name de levensbeëindiging te koppelen aan een bepaalde kwaliteit van het leven, ontstaat een fundamenteel ethisch probleem. Men zet de deur open voor een redenering die wanneer men ze doortrekt, er toe zou kunnen leiden dat bepaalde levensvormen eigenlijk niet meer de moeite waard zijn. Dit is een redenering die hij op alle wijzen zal bestrijden.

Hij herinnert zich een uitzending op de Nederlandse televisie. Het was een debat dat betrekking had op de

l'on mette fin à sa vie et le médecin pratique l'euthanasie, soit il demande à bénéficier de soins palliatifs.

Mais qu'en sera-t-il s'il s'avère que la douleur peut être soulagée par les soins palliatifs ? Dans le texte de la proposition, on peut lire que : *« Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il 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. ».* Dans la mesure où les soins palliatifs soulagent la douleur, cela signifie-t-il que l'on ne peut pratiquer d'euthanasie ?

Dans sa formulation actuelle, on peut inférer du texte que si les soins palliatifs soulagent la douleur, le médecin commet une infraction s'il pratique l'euthanasie.

L'euthanasie devient également accessible aux patients qui ne sont pas en phase terminale

Le fait que l'euthanasie devienne accessible aux patients qui ne sont pas en phase terminale est incompréhensible.

Selon la signification classique de la notion d'euthanasie, celle-ci concerne des personnes qui sont en train de mourir. Dans le projet de loi, on a modifié cette acception et la majorité a en fait donné une nouvelle signification à la notion d'euthanasie, qui concerne à présent les personnes qui souhaitent mourir.

L'intervenant précise que cette altération de la notion d'euthanasie est parfaitement inadmissible pour le groupe CD&V. Une phase terminale peut encore être objectivée. Pour les patients ne se trouvant pas en phase terminale, seule compte l'interprétation subjective du patient lui-même. Il reste d'ailleurs convaincu qu'une réglementation légale qui autoriserait l'euthanasie pour les patients ne se trouvant pas en phase terminale aurait toutes les chances d'être jugée non conforme à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme.

Il sait que le Conseil d'État ne partage pas ce point de vue dans son avis.

Il n'est toutefois pas convaincu que la Cour européenne suivrait l'avis du Conseil d'État si l'euthanasie était autorisée pour des patients ne se trouvant pas en phase terminale. La dissociation de l'euthanasie de la phase terminale de la vie et, plus spécialement, l'établissement d'un lien entre l'euthanasie et une certaine qualité de vie posent un problème éthique fondamental. L'établissement d'un tel lien ouvre en effet la voie à une logique qui, poussée plus loin, pourrait amener à considérer que certaines formes de vie ne valent en fait plus la peine d'être vécues. Il s'agit là d'une logique qu'il pourfendra par tous les moyens.

Il se souvient d'une émission de la télévision néerlandaise. Il s'agissait d'un débat qui portait sur la « pilule-

zogenaamde zelfmoordpil en waar men dus in het voortzetten van de redenering die men ook terugvindt in de Nederlandse wetgeving, op een absoluut lichtzinnige manier omging met een aantal levenssituaties die klaarblijkelijk « minderwaardig » waren. Men kon daar maar beter een einde aan maken.

We moeten uiterst voorzichtig zijn niet in een situatie terecht te komen waarbij sommige mensen in de samenleving door andere mensen als ballast worden beschouwd. Een situatie waarbij men tot een « gemakkelijkheidsoplossing » komt en waar men zegt : we zijn er eigenlijk beter vanaf.

De spreker gelooft dat het uitgangspunt van het wetsontwerp het risico in zich houdt bepaalde levensvormen als niet meer belangrijk te aanzien : oudere mensen, mensen die ziek zijn, die fysisch en psychisch lijden en stilaan afhankelijk worden van anderen.

We moeten integendeel het signaal geven dat dergelijke mensen perfect levenskwaliteit kunnen hebben, voor zover wij ervoor zorgen dat zij in een omgeving kunnen functioneren waar zij worden gerespecteerd en voor zover ze de nodige zorgen krijgen van hun familie, van hun omgeving in een instelling of waar dan ook. Dat op dat ogenblik zij inderdaad worden gestimuleerd om — als ik dat zo mag uitdrukken — actief en volwaardig te leven. We mogen nooit de indruk wekken dat bepaalde mensen afgeschreven zijn.

Dit zou een vreselijk signaal zijn voor de zovele hulpverleners, familieleden, vrijwilligers, zorgverstrekkers die zich inzetten voor bejaarden en voor zieken. Het zou ook een vreselijk signaal zijn naar mensen die dreigen afhankelijk te worden. Als bij hen de gedachte kan opkomen « heb ik niet te lang geleefd », wanneer zij « tot last » dreigen te worden van derden, dan raakt men aan het fundament van wat solidariteit en verbondenheid zou moeten zijn.

De spreker wil hier even Patrick Vankrunkelsven citeren die nochtans geen CD&V'er is : « *Het opnemen van niet-terminale patiënten in de wet opent een doos van Pandora. Zo stellen we een hele grote categorie mensen, onder wie zwaar gehandicapten, voor een existentieel probleem. Als zij zien dat anderen met dezelfde handicap voor euthanasie kiezen, zullen ze over hun eigen bestaan gaan twijfelen. ».*

De spreker meent overigens dat het openstellen van euthanasie voor niet-terminalen geen draagvlak heeft bij de burgers van dit land. Er is geen meerderheid bij de mensen om dergelijke extreme thesis te onderschrijven. Het is des te meer onbegrijpelijk dat de (politieke) meerderheid dit wel wil.

suicide » et au cours duquel, dans le prolongement de la logique qui sous-tend également la législation néerlandaise, certains participants ont évoqué avec beaucoup de légèreté un certain nombre de situations qu'ils considéraient manifestement comme des formes de vie « de moindre valeur » et auxquelles il valait mieux mettre fin.

Il faut être extrêmement prudent et veiller à ne pas en arriver à une situation dans laquelle certaines personnes seraient considérées par d'autres comme une charge, dans laquelle on adopte une « solution de facilité » et considère qu'il vaut mieux s'en débarrasser.

L'intervenant pense qu'eu égard au point de départ du projet de loi, certaines vies risquent de ne plus être considérées comme importantes : celle des personnes âgées, de personnes malades, qui endurent une souffrance physique et psychique et qui deviennent progressivement tributaires des autres.

Il faut au contraire souligner que de telles personnes peuvent parfaitement avoir une certaine qualité de vie, pour autant que nous veillions à ce qu'elles puissent vivre dans un environnement qui les respecte et pour autant qu'elles reçoivent les soins nécessaires de la part de leur famille, de leur entourage, que ce soit dans une institution ou ailleurs; qu'elles soient à ce moment effectivement encouragées à mener — si je puis m'exprimer ainsi — une vie active et à part entière. Nous ne pouvons jamais donner l'impression que certaines personnes sont finies.

Un signal horrible serait envoyé aux nombreux soignants, parents, bénévoles et dispensateurs de soins qui se dévouent pour des personnes âgées et les malades. Ce serait également un signal horrible à l'adresse des personnes qui risquent de devenir dépendantes. Si ces personnes en arrivaient à se demander si elles n'ont pas vécu trop longtemps, lorsqu'elles risquent de devenir « une charge » pour des tiers, on toucherait au fondement même de ce que devrait être la solidarité.

L'intervenant tient à citer les propos de Patrick Vankrunkelsven, qui n'appartient pourtant pas au CD&V : « *Étendre le champ d'application de la loi aux patients qui ne sont pas en phase terminale revient à ouvrir la boîte de Pandore. Nous créons ainsi un problème existentiel pour une très grande catégorie de personnes, parmi lesquelles les personnes gravement handicapées. Si elles constatent que d'autres qui souffrent du même handicap optent pour l'euthanasie, elles se poseront des questions sur leur propre existence.* ».

L'intervenant estime par ailleurs que l'ouverture de l'euthanasie aux patients non terminaux ne répond pas aux attentes de nos compatriotes. Aucune majorité ne soutient cette thèse extrême, et il est d'autant plus incompréhensible qu'une majorité (politique) y souscrive.

Euthanasie ook voor psychisch lijdenden

Hetzelfde geldt voor de euthanasieregeling ten aanzien van zij die psychisch lijden.

Het is inderdaad zo dat in het ontwerp de mogelijkheid wordt voorzien dat voor patiënten die zich bevinden in een situatie van psychisch lijden dat niet kan worden gelenigd, de mogelijkheid wordt gecreëerd om een verzoek tot levensbeëindiging te formuleren. De arts zal kunnen overgaan tot euthanasie zonder dat er een misdrijf wordt gepleegd wanneer de voorwaarden vervuld zijn.

Hier geldt de evidente vraag : in welke mate zijn mensen die psychisch lijden in staat om een geldig verzoek tot levensbeëindiging te uiten ? In welke mate zijn mensen die psychisch lijden in staat om een volwaardige wilsuiting te formuleren, die een einde maakt aan het leven. Dit is een fundamenteel ethische vraag. Hoe uitleggen dat mensen die psychisch lijden in staat zijn om volwaardig, met kennis van zaken te beslissen over het einde van hun leven ? Dit is voor mij een onoverkomelijk probleem ten aanzien van het wetsontwerp.

En de volgende vraag is : wat is psychisch lijden ? Verstaat men daaronder mensen die aan een depressie lijden, dementerenden, gehandicapten, psychisch zieken ? Het kan toch niet dat het Parlement een wet steunt die het mogelijk maakt euthanasie te plegen op hun verzoek op depressieve en psychiatrische patiënten, dementen of alzheimerpatiënten ! In welke tijden leven wij ?

Dit kan vanuit geen enkel ethisch standpunt worden verantwoord. Bovendien opent dit de deur voor tal van misbruiken door diegenen die belang kunnen hebben bij het overlijden van deze mensen die van hen afhankelijk zijn.

De wilsverklaring

Wie kan vandaag zeggen wat met hem moet gebeuren als hij binnen 4 à 5 jaar niet meer bij bewustzijn is ?

Deze wettelijke erkenning van de wilsverklaring met het verzoek tot actieve levensbeëindiging is onaanvaardbaar. Het algemeen verbod op levensbeëindiging bij mensen die hun wil niet kunnen uitdrukken is een grondvoorwaarde om de rechten van de zwaksten in onze samenleving te beschermen. De *vrije wil* van de betrokkene staat, op het moment dat hij de wilsverklaring opstelt, geenszins voldoende vast met betrekking tot de concrete ziektesituatie. Evenmin kan worden toegelaten dan een vertrouwenspersoon in deze situatie de vrije wil in zijn plaats zou vertolken. Een voorafgaande wils-

Extension de l'euthanasie aux patients endurant des souffrances psychiques

Il en va de même pour l'euthanasie des patients endurant des souffrances psychiques.

Le projet prévoit en effet que les patients qui endurent des souffrances psychiques ne pouvant être apaisées peuvent formuler une demande d'euthanasie. Lorsque les conditions requises seront remplies, le médecin pourra pratiquer cette forme d'euthanasie sans commettre d'infraction.

Se pose, ici, une question évidente : dans quelle mesure les personnes endurant des souffrances psychiques sont-elles capables de formuler valablement une demande d'euthanasie ? Dans quelle mesure ces personnes sont-elles capables d'exprimer vraiment leur volonté qu'il soit mis fin à leur vie? Ces questions éthiques sont fondamentales. Comment expliquer que des personnes souffrant sur le plan psychique seraient à même de prendre, en connaissance de cause et effectivement une décision au sujet de la fin de leur vie ? J'estime qu'il s'agit là d'un problème qui discrédite irrémédiablement le projet de loi à l'examen.

La question suivante est : qu'entend-on par souffrance psychique ? Fait-on allusion aux personnes souffrant de dépression, aux personnes atteintes de démence, aux personnes handicapées, aux personnes atteintes d'une maladie mentale ? Il n'est tout de même pas concevable que le Parlement soutienne une loi permettant de pratiquer l'euthanasie sur des patients dépressifs et psychiatriques, des patients déments ou des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, à la demande de ceux-ci ! À quelle époque vivons-nous ?

C'est totalement injustifiable d'un point de vue éthique. En outre, c'est la porte ouverte à toutes sortes d'abus de la part de ceux qui ont intérêt à ce que les personnes qui dépendent d'eux décèdent.

La déclaration anticipée

Qui peut dire aujourd'hui ce qu'il doit advenir de lui si d'ici quatre ou cinq ans, il n'est plus conscient ?

Cette reconnaissance légale de la déclaration anticipée dans laquelle l'intéressé demande une euthanasie active est inacceptable. L'interdiction générale de mettre fin à la vie d'une personne qui n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté est une condition essentielle pour pouvoir protéger les droits des plus faibles dans notre société. Au moment où l'intéressé établit la déclaration anticipée, sa *libre volonté* par rapport à la situation de maladie concrète n'est en aucun cas suffisamment établie. On ne peut pas davantage admettre que, dans ce cas, une personne de confiance puisse se substituer à

verklaring kan nooit een concrete noodtoestand vooraf omschrijven; nooit is men zeker dat de vrije wil zoals uitgedrukt in de wilsverklaring nog gelijk is aan de wil van de patiënt op het ogenblik dat hij deze wil niet meer kan uitdrukken.

De eminente waarde van het leven is de natuurlijke grondslag van alle rechten van de menselijke persoon. Op geen enkele manier mag men de geringste twijfel laten bestaan dat de wil van de patiënt niet overeenstemt met zijn wil in de concrete situatie waarin hij niet langer zelfstandig een verzoek tot opzettelijk levensbeëindigend handelen kan uiten. Aan een wilsverklaring met betrekking tot euthanasie kan dan ook geen juridische waarde worden verbonden : zij dient van elke wettelijke regeling te worden uitgesloten.

CD&V-alternatief : de noodtoestand

De CD&V-fractie is er zich natuurlijk van bewust dat er situaties kunnen bestaan, uitzonderlijke situaties, extreme situaties waarbij inderdaad euthanasie het *ultimum remedium* is.

Er zijn effectief en er zullen omstandigheden zijn waar iedereen zegt : dit is niet meer waardig, dit is de mens onwaardig.

Euthanasie gaat om een dramatisch conflict van plichten bij de arts, die zich in de situatie bevindt waarbij hij moet kiezen voor twee opties : of het leven van de patiënt beschermen, of ingaan op het verzoek van deze patiënt om hem op medisch verzorgde manier een waardig sterven mogelijk te maken. Euthanasie vereist dus een *afweging* bij de arts en is niet gelijk aan het koelbloedig ingaan op de vraag van de patiënt, eenmaal de « *checklist* van de grond- en procedurele voorwaarden » is voldaan.

Vanuit deze visie is het duidelijk dat euthanasie veel ruimer dient te worden benaderd dan vanuit een louter strafrechtelijke benadering. Omgekeerd is het ook zo dat het euthanaserend handelen, als maatschappelijk handelen, ook een maatschappelijke normering veronderstelt. De norm die de samenleving hanteert : « gij zult niet doden », moet dan ook onverkort blijven bestaan. Het is onaanvaardbaar dat deze norm niet langer zou gelden, enkel en alleen omdat een aantal procedurevoorschriften worden nageleefd. De zwakke patiënt dient zich steeds en in alle omstandigheden te kunnen beroepen op de ultieme beschermingswaarborg van de strafwet.

Essentieel is dat de arts zich in een conflictsituatie van plichten bevindt, waardoor hij genoodzaakt is om

l'intéressé pour traduire la libre volonté de celui-ci. Une déclaration anticipée ne peut jamais définir d'avance une situation d'urgence concrète. On ne peut jamais être certain que la libre volonté exprimée dans la déclaration anticipée concorde avec la volonté du patient au moment où celui-ci n'est plus en mesure de l'exprimer.

La valeur éminente de la vie constitue le fondement naturel de tous les droits de l'être humain. On ne peut laisser subsister le moindre risque que la volonté du patient ne corresponde plus à la volonté qui serait la sienne s'il se retrouvait dans une situation où il ne serait plus en mesure de l'exprimer de manière autonome pour demander qu'il soit intentionnellement mis fin à ses jours. Une déclaration anticipée concernant une euthanasie ne peut dès lors revêtir aucune valeur juridique et doit être exclue de toute réglementation légale.

Alternative proposée par le CD&V : la situation de détresse

Le groupe CD&V est bien évidemment conscient de l'existence de situations exceptionnelles ou extrêmes où l'euthanasie constitue la seule solution.

Il y a effectivement, et il y aura toujours, des situations où tout le monde se dira : « Vivre de la sorte n'est pas digne d'un être humain ».

L'euthanasie est un problème autour duquel se cristallise un conflit dramatique entre les devoirs du médecin, qui est amené à faire un choix entre deux options : protéger la vie du patient ou accéder à sa demande, à savoir lui permettre de mourir dignement grâce à un acte accompli avec toute la rigueur qui sied à la pratique médicale. Confronté à une demande d'euthanasie, le médecin doit mettre en balance les éléments qui légitiment le choix de l'une ou l'autre option. Il ne s'agit pas pour lui de se borner à accéder froidement à la demande du patient dès qu'il s'est assuré du respect des conditions fondamentales et des règles de procédure.

Vue sous cet angle, il est clair que l'euthanasie doit être considérée de manière plus large que sous l'angle du seul droit pénal. Inversement, il est également vrai que l'acte euthanasique, en tant qu'acte social, présuppose également l'existence d'une norme sociale. La norme appliquée par la société : « Tu ne tueras point », doit par conséquent être maintenue intégralement. Il est inadmissible que cette norme perde purement et simplement toute valeur parce qu'un certain nombre de règles de procédure auront été respectées. Le patient, qui se trouve dans une position de faiblesse, doit avoir, à tout moment et dans toutes les circonstances, la garantie de pouvoir bénéficier de la protection suprême de la loi pénale.

Ce qui est essentiel, c'est que, sur le plan du devoir, le médecin se trouve dans une situation conflictuelle,

deze norm te overtreden om een andere — in de concrete situatie van de om euthanasie verzoekende patiënt — norm, namelijk deze van een menswaardig sterven te kunnen naleven. Juridisch vertaald is dit de « noodtoestand » in hoofde van de arts : zijn daad blijft *strafbaar*, maar de concrete noodtoestand waarin hij verkeert (en waarbij de wet concrete indicaties geeft wanneer hij op deze noodtoestand een beroep kan doen), vermijdt dat hij wordt gesanctioneerd voor deze daad.

Het principieel strafbaar karakter van euthanasie is dan ook helemaal niet te reduceren tot een louter « symbolisch » vasthouden aan een ongewijzigd Strafwetboek. Door euthanasie strafbaar te houden, wordt 1° het uitzonderlijk karakter van het euthanaserend handelen gevrijwaard, 2° blijft een ultieme waarborg tegen misbruiken bestaan, 3° blijft het normatief karakter van de strafwet gehandhaafd, 4° blijft de controle door het openbaar ministerie verzekerd.

Het wetsontwerp laat het Strafwetboek ongemoeid, maar bepaalt in een aparte, bijzondere « euthanasiewet » dat de arts « geen misdrijf begaat wanneer hij een euthanaserende daad stelt ». Zo wordt de toepassing van het strafrecht toch uitgesloten, en het Strafwetboek dus impliciet gewijzigd. Het volstaat voor de arts om een aantal voorwaarden te vervullen, waarna zijn euthanaserende act hoe dan ook « toegelaten » is, en de strafwet niet langer van toepassing kan zijn. De arts dient zich niet langer rekenschap te geven van zijn daad; evenmin dient hij bij zichzelf de afweging te maken tussen de twee plichten die hem in een conflictsituatie brengen.

Euthanasie wordt een louter procedureel en administratief gebeuren, waarbij de arts als loutere uitvoerder van het verzoek optreedt. Deze benadering banaliseert de daad van euthanasie, en herleidt ze tot een gewone medische handeling. Beslissen over leven en dood, op vraag van de patiënt, wordt gerechtvaardigd zodra de procedurele vereisten werden nageleefd : de euthanaserende daad is dan principieel niet langer strafbaar (« er is geen misdrijf »). Deze depenalisering is onverantwoord en onaanvaardbaar.

Ook in het licht van artikel 2 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens, dat de overheid oplegt het leven steeds te beschermen, is de rechtsfiguur van de « noodtoestand » de verdedigbare constructie. Zij bevestigt immers dat het een bijzondere uitzonderingssituatie betreft.

De nood aan een doeltreffende maatschappelijke controle

Euthanasie dient, als uitzonderlijk en maatschappelijk handelen, onderworpen te zijn aan een doeltreffende maatschappelijke controle.

dans laquelle il est contraint d'enfreindre la norme précitée pour pouvoir en respecter un autre, à savoir dans la situation concrète du patient demandant l'euthanasie, celle du droit à mourir dans la dignité. D'un point de vue juridique, il s'agit là de « l'état de nécessité » dans le chef du médecin : son acte reste *punissable,* mais l'état de nécessité concret dans lequel il se trouve (la loi donnant des indications quant au moment où il peut se prévaloir de cet état de nécessité) lui évite d'être sanctionné pour cet acte.

Le caractère en principe punissable de l'euthanasie ne doit donc pas du tout être réduit à une simple fidélité « symbolique » à un Code pénal inchangé. En ne dépénalisant pas l'euthanasie, 1° le caractère exceptionnel de l'acte euthanasique est préservé, 2° il subsiste une garantie ultime contre les abus, 3° le caractère normatif de la loi pénale est préservé, 4° le contrôle par le ministère public reste assuré.

Le projet de loi ne touche pas au Code pénal, mais précise dans une loi particulière, distincte, une « loi sur l'euthanasie », que le médecin « ne commet aucune infraction lorsqu'il accomplit un acte euthanasique ». Ainsi, l'application du Code pénal est quand même exclue et celui-ci est donc implicitement modifié. Il suffit au médecin de remplir un certain nombre de conditions pour que l'euthanasie soit de toute manière « autorisée » et que le Code pénal ne puisse plus s'appliquer. Le médecin ne doit plus justifier son acte; il ne doit plus non plus procéder lui-même à un arbitrage entre les deux devoirs qui le mettaient dans une situation conflictuelle.

L'euthanasie devient un acte purement procédural et administratif, dans le cadre duquel le médecin agit comme simple exécutant de la requête. Cette approche banalise l'acte d'euthanasie, la réduisant à un acte médical ordinaire. Décider de la vie et de la mort, à la demande du patient, se justifie dès lors que les conditions procédurales ont été respectées : l'euthanasie n'est donc en principe plus punissable (« il n'y a pas de délit »). Cette dépénalisation est injustifiable et inacceptable.

La « situation de détresse » constitue également le critère défendable au regard de l'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, qui impose à l'autorité de toujours protéger la vie humaine. Ce concept confirme en effet qu'il s'agit d'une situation particulière et exceptionnelle.

La nécessité d'un contrôle social efficace

En tant qu'acte social exceptionnel, l'euthanasie doit être soumise à un contrôle social efficace.

Een goede en betrouwbare regulering van het euthanaserend handelen staat of valt met de controle die er op kan worden uitgeoefend.

In het wetsontwerp wordt de controle in hoge mate toevertrouwd aan de federale controle- en evaluatiecommissie. Het openbaar ministerie wordt buiten spel gezet en zal, bij gebrek aan informatie, de controle op de toepassing van de wet verliezen.

Door de meldingsprocedure blijft er nog weinig ruimte over voor het openbaar ministerie. Het monopolie van de informatie bij de commissie hypothekeert het eigenhandig optreden van het openbaar ministerie. Het dossier wordt enkel aan de procureur des Konings overgemaakt indien 2/3 van de leden van de commissie van oordeel is dat de voorwaarden van de wet niet zijn nageleefd.

Terecht stelt Godfried Geudens ([7]) dat feitelijk bekeken het vervolgingsbeleid in ruime mate wordt overgeheveld naar de commissie. Bovendien zorgt de gekwalificeerde meerderheid ervoor dat geen dossier kan worden overgemaakt tegen de wil van de artsen of tegen een belangrijke ideologische stroming.

Vervolging kan dus worden voorkomen indien de groep van de artsen of de ideologische stroming dit wenst. Het gaat noch min noch meer om de verzuiling van het vervolgingsbeleid.

Er zit trouwens nog een flinke communautaire angel in dit probleem. Wanneer men in het arrondissement Veurne of in het arrondissement Dendermonde of het arrondissement Antwerpen wordt geconfronteerd met een betwiste casus van levensbeëindiging, wanneer er aanleiding zou zijn tot vervolging, dan kan men dit niet wanneer in de federale commissie er geen 2/3-meerderheid wordt gevonden.

Dit betekent dat Franstaligen kunnen verhinderen dat in Vlaanderen euthanasie wordt vervolgd wanneer daartoe aanleiding bestaat. Dit geldt des te meer wanneer we weten dat Vlaanderen en Wallonië terzake een andere cultuur hanteert. Dit is een formidabel precedent. Er zijn geen voorgaanden.

En in de combinatie van de dingen wordt het verhaal wel erg angstwekkend.

Men is heel ver gegaan in de situaties die toelaten euthanaserend te handelen zonder dat er een misdrijf is. Men heeft heel veel verantwoordelijkheid bij de patiënt gelegd die zich bij het naderende levenseinde toch wel in heel bijzondere omstandigheden bevindt. Door het openstellen van euthanasie voor psychisch lijdenden en door de wettelijke erkenning van de wilsverklaring is het risico op misbruiken zeer reëel.

([7]) F. Van Neste, J. Taels, A. Cools (eds.) « *Van klinische ethiek tot biorecht* », blz. 452.

Si l'on veut réglementer de manière efficace et fiable l'accomplissement de l'acte il faudra impérativement pouvoir le contrôler.

Dans le projet de loi, ce contrôle est, dans une large mesure, confié à la commission fédérale de contrôle et d'évaluation. Le ministère public est mis hors jeu et, ne disposant pas d'informations suffisantes, il ne pourra plus assurer le contrôle de l'application de cette loi.

La procédure de déclaration prévue par la loi en projet réduit également fortement la marge de manœuvre du ministère public. Le fait que la commission détienne le monopole des informations hypothèque l'intervention d'office du ministère public. Le dossier n'est transmis au procureur du Roi que si 2/3 des membres de la commission estiment que les conditions de la loi ne sont pas respectées.

Godfried Geudens ([7]) souligne à juste titre que, dans les faits, la politique en matière de poursuites est, dans une large mesure, transférée à la commission. Par ailleurs, les décisions devant être prises à la majorité qualifiée, aucun dossier ne pourra être transmis contre la volonté des médecins ou d'un courant idéologique important.

Il peut dès lors n'y avoir aucune poursuite si le groupe des médecins ou le courant idéologique le souhaite. Il s'agit, ni plus ni moins, de la pilarisation de la politique en matière de poursuites.

Au demeurant, ce problème constitue une sérieuse chausse-trappe communautaire. Lorsque dans l'arrondissement de Furnes, de Termonde ou encore d'Anvers, l'on est en présence d'un cas d'euthanasie contesté et qu'il y aurait lieu d'entamer des poursuites, cela ne pourra se faire si une majorité de 2/3 ne se dégage pas au sein de la commission fédérale.

Cela signifie que les francophones peuvent empêcher que l'euthanasie soit, le cas échéant, poursuivi en Flandre, d'autant que la Flandre et la Wallonie n'ont pas la même culture en la matière. C'est un formidable précédent.

Et le tout devient dès lors particulièrement inquiétant.

On est allé très loin en ce qui concerne les cas où l'on peut pratiquer une euthanasie sans que ce soit considéré comme une infraction. On fait supporter une lourde responsabilité au patient qui, à l'approche de la mort se trouve tout de même dans des circonstances très particulières. L'autorisation de pratiquer l'euthanasie sur des malades mentaux et la reconnaissance légale de la déclaration anticipée font que les risques d'abus sont tout à fait réels.

([7]) F. Van Neste, J. Taels, A. Cools (éd.) *« Van klinische ethiek tot biorecht »*, p. 452.

En als dan nog de vervolging ten aanzien van dergelijke misbruiken dermate wordt gefilterd, ontstaat een situatie van quasi-straffeloosheid.

Dit is in een rechtsstaat onaanvaardbaar.

Besluit

Het ontwerp gaat uit van een type mens dat over uitzonderlijke kwaliteiten en capaciteiten beschikt, met name diegene die in staat is in alle redelijkheid, in heel moeilijke omstandigheden te beslissen over het einde van het leven. De spreker vreest dat dit type in de realiteit nauwelijks bestaat. Het ontwerp gaat uit van een niet-modaal type van patiënt : het zijn uitzonderlijke mensen die in alle redelijkheid over hun lot kunnen beslissen.

Hij sluit zich dan ook aan bij Godfried Geudens ([8]) die zegt dat de uitgewerkte regeling ongeschikt is voor patiënten die zich fysiek en psychisch in een diepgaande crisis bevinden door sterke schommelingen in hun gezondheidstoestand.

En wil men dan toch dat de keuze van de patiënt bepalend is voor euthanasie, *quod non*, dan moet men toch minstens de garanties hebben van een volwaardige keuze, met kennis van zaken, een inhoudelijke keuze.

Dan moet deze keuze minstens de resultante zijn van uitgebreid voorafgaand overleg. Daarbij moet de ethische vraag heel expliciet aan de orde komen.

Zelfs binnen de idee van het zelfbeschikkingsrecht — nogmaals, welk uitgangspunt wij betwisten — kan dit maar na voorafgaande ethische consultatie. Met Godfried Geudens kan zonder meer worden gesteld dat het de paradox van het zelfbeschikkingsrecht is dat een voorafgaande ethische consultatie voor dergelijke zware problemen afgewezen wordt.

Het is daarnaast absoluut onaanvaardbaar dat men euthanasie openstelt voor niet-terminale patiënten. De koppeling aan de laatste levensfase is een onontbeerlijke vereiste. Zoniet ontbreekt elk objectief gegeven. Het is ongehoord de subjectiviteit van de patiënt in te brengen als norm in het strafrecht.

De spreker besluit dat het ontwerp zo verregaand is, zo extreem en in die mate subjectivistisch en het creëert bovendien zoveel rechtsonzekerheid ten aanzien van de artsen die hiermee worden geconfronteerd, dat hij het geenszins kan aanvaarden. Hij zal het dan ook bevechten met grondige amendementen en amendementen ten gronde met de bedoeling te komen tot een menselijke oplossing voor die extreme en uitzonderlijke si-

([8]) *Ibid.*, blz. 445.

Si l'on filtrait en outre les poursuites en ce qui concerne de tels abus, on créerait une situation de quasi-impunité.

Ce serait inadmissible dans un État de droit.

Conclusion

Le projet de loi postule un type d'homme disposant de capacités et de qualités exceptionnelles, c'est-à-dire capable, en toute équité et dans des circonstances particulièrement difficiles, de prendre une décision sur la fin de vie. L'intervenant craint que, dans la réalité, ce type de personnes soit très rare. Le projet de loi postule un type de patient hors du commun : il s'agit de personnes exceptionnelles qui peuvent, en toute équité, décider de leur sort.

Il adhère dès lors au point de vue de Godfried Geudens ([8]), qui considère que la législation en projet ne convient pas aux patients qui, physiquement ou psychiquement, traversent une crise profonde en raison de la grande instabilité de leur état de santé.

Et si l'on veut malgré tout que le choix du patient soit déterminant en matière d'euthanasie — ce qui n'est pas le cas — il faut quand même avoir au moins la garantie que ce choix soit fait correctement, en connaissance de cause.

Dans ce cas, ce choix doit, à tout le moins, être le résultat d'une concertation préalable approfondie, qui doit aborder de manière très explicite l'aspect éthique.

Même dans le cadre du principe du droit à l'autodétermination — que, répétons-le, nous contestons — une consultation éthique préalable s'impose. Or, comme le fait remarquer Godfried Geudens, le paradoxe du droit à l'autodétermination réside dans le fait qu'une consultation éthique préalable est rejetée pour de tels problèmes graves.

Il est, par ailleurs, tout à fait inacceptable que l'on permette de pratiquer l'euthanasie sur des patients ne se trouvant pas en phase terminale. La pratique de l'euthanasie ne peut intervenir qu'en phase terminale, faute de quoi la législation perdrait toute objectivité. Il serait inqualifiable d'ériger la subjectivité du patient en norme en droit pénal.

L'intervenant conclut que le projet va si loin, qu'il a une portée si extrême, qu'il est à ce point empreint de subjectivisme et qu'il engendrera en outre une telle insécurité juridique dans le chef des médecins qui seront confrontés à la problématique de l'euthanasie qu'il ne peut en aucune façon l'accepter. Il le combattra dès lors à l'aide d'amendements bien étayés et d'amendements sur le fond, dans le but de parvenir à une solution hu-

([8]) *Ibid.*, p. 445.

tuaties die inderdaad een aantasting kunnen zijn en dreigen te zijn van de waardigheid van de mens.

Maar indien zou blijken dat de tekst van de Senaat *ne varietur* moet worden goedgekeurd, zal de spreker niet aarzelen publiek te verkondigen dat deze regeling als hoofdzakelijke inspiratie heeft : de vergelding voor decennialange christen-democratische regeringsdeelname.

En daar los je geen ethische problemen mee op.

De heer Danny Pieters (VU&ID) stelt dat het debat, in tegenstelling tot wat de heer Van Parys suggereert, niet dient te gaan over de dood, waar de mens inderdaad geen vat op heeft, maar over de al dan niet legitieme beëindiging van het menselijk leven. Daarop heeft de mens wel vat, wat bewezen wordt door de mogelijkheid van zelfdoding.

De spreker onderscheidt twee belangrijke onvolkomenheden in het wetsontwerp :

1. Het ontwerp houdt onvoldoende rekening met het feit dat de wilsuiting van een stervende niet op dezelfde manier kan worden beoordeeld als de wilsuiting van een gezonde mens. De context van een naderende dood maakt een genuanceerde beoordeling van de uitgedrukte wil noodzakelijk. Anderzijds is het niet zo dat de kwaliteit van de wilsuiting uitsluitend wordt gedetermineerd door de vrees voor de dood; men mag er niet zonder meer van uitgaan dat een mens voor wie de dood nabij is geen beredeneerde beslissing meer kan nemen. Menselijk lijden, in het bijzonder bij terminale patiënten, kan zo ver gaan dat iemand echt wil dat er aan zijn leven een einde komt. Onder meer daarom verdedigt de spreker zijn optie om de mogelijkheid van euthanasie voor te behouden aan terminale patiënten.

2. Het ontwerp introduceert een democratisering van de beslissing over euthanasie : verschillende actoren uit de omgeving van de patiënt worden geraadpleegd. Nochtans is het democratische gehalte van een beslissing over ethische vraagstukken niet relevant : op ethisch vlak dient men op een objectief goede manier te handelen; de instemming van bepaalde actoren voldoet niet als oplossing voor ethische problemen.

De wetgever moet een ordening van de samenleving tot stand brengen. In die ordening moet de menselijke waardigheid, waartoe de fundamentele menselijke bekwaamheid tot het goede en het kwade behoort, voorop staan. De vraag die de samenleving moet beantwoorden, luidt : op welke manier benaderen wij een mens die het zeer moeilijk heeft ? Welk signaal geven we aan een wanhopige mens ? Niet luisteren zou uiteraard een verkeerd signaal zijn; ingaan op om het even welke vraag van een fragiele persoon is evenmin aanvaardbaar. In een humane aanpak dienen we de lijdende persoon te laten voelen dat hij bij de samenleving hoort : een « solidaristisch » uitgangspunt is waardevoller dan een

maine pour ces situations extrêmes et exceptionnelles qui, effectivement, peuvent et menacent de constituer une atteinte à la dignité de l'homme.

S'il s'avérait toutefois que le texte du Sénat devait être approuvé *ne varietur*, l'intervenant n'hésiterait pas à proclamer publiquement que cette législation a avant tout valeur de représailles contre une participation démocrate-chrétienne aux gouvernements qui se sont succédé durant plusieurs décennies.

Et ce n'est pas en se vengeant que l'on résout des problèmes éthiques.

M. Danny Pieters (VU&ID) souligne que, contrairement à ce que suggère M. Tony van Parys, le débat doit porter non pas sur la mort, qui échappe à toute emprise humaine, mais bien sur la légitimité ou non de mettre un terme à la vie humaine, un acte sur lequel l'homme a bel et bien prise, comme le démontre la possibilité du suicide.

L'intervenant distingue deux imperfections importantes dans la loi en projet :

1. Le projet de loi ne prend pas suffisamment en compte le fait que la volonté d'un mourant ne peut être appréciée de la même manière que celle d'une personne en bonne santé. Le contexte de l'approche de la mort requiert une appréciation nuancée de l'expression de la volonté. Par ailleurs, il n'est pas exact que la qualité de la volonté soit uniquement déterminée par la crainte de la mort; on ne peut en déduire pour autant qu'une personne dont la mort est proche n'est plus capable de prendre une décision raisonnée. La souffrance humaine peut être telle, en particulier chez les patients arrivés en phase terminale, qu'une personne peut réellement vouloir qu'il soit mis fin à sa vie. C'est notamment pour cette raison que l'intervenant défend son choix de réserver l'euthanasie aux patients arrivés en phase terminale.

2. Le projet introduit une démocratisation de la décision relative à l'euthanasie : divers acteurs sont consultés dans l'entourage du patient. Toutefois, la valeur démocratique d'une décision portant sur des problèmes éthiques n'est pas pertinente : sur le plan éthique, il convient d'agir de manière objectivement bonne; le consentement de certains acteurs ne suffit pas à résoudre les problèmes éthiques.

Le législateur a pour mission d'établir un ordre social privilégiant la dignité humaine, tout en tenant compte de la capacité fondamentale de l'homme de faire le bien comme le mal. La question à laquelle la société doit répondre est la suivante : de quelle manière allons-nous traiter une personne qui connaît de graves problèmes ? Quel signal devons-nous donner à une personne désespérée ? Ne pas l'écouter serait naturellement un mauvais signal, mais accéder à toute demande d'une personne fragilisée n'est pas une attitude plus acceptable. Dans le cadre d'une approche humaine, nous devons faire sentir à la personne qui souffre qu'elle fait partie de la société : l'approche « solidariste » doit l'em-

louter individualistische benadering. Dit belet niet dat de mogelijkheid moet bestaan dat een andere persoon (een arts) onder strenge voorwaarden ingrijpt op iemands leven, evenwel zonder dat er een waardeoordeel mag worden geveld over het leven van die persoon.

De heer Fred Erdman (SP.A) denkt dat de heer Van Parys een bepaalde ethische visie verwoordt over wat de inhoud van de menselijke bekwaamheid moet of mag zijn, maar dat zijn geuite overtuiging niet op de menselijke bekwaamheid zelf betrekking heeft.

Het recht op menselijke waardigheid stelt ethische eisen en moet samen met de beoordeling van de menselijke bekwaamheid om over het eigen leven te beschikken worden geanalyseerd. Ook mag de kracht van de wil om te sterven in uitzichtloze situaties niet worden geminimaliseerd.

De spreker vindt dat de omschrijving van de psychische toestand van een stervende als « onzeker en onrustig » argumenten aanreikt ten voordele van een wilsverklaring : die wilsverklaring wordt opgesteld vooraleer de laatste levensfase een aanvang neemt en zou vanuit de redenering van de heer Van Parys een meer overtuigende grondslag voor euthanasie zijn.

Wil de heer Van Parys de verplichting in het ontwerp om bepaalde actoren te raadplegen vervangen door een instemmingsplicht en dus een vetorecht voor iedereen uit de omgeving van de patiënt ?

Ten slotte vraagt hij zich af of de afwijzing van de bekwaamheid van een persoon om over het eigen leven te beslissen er niet toe leidt dat derden de bevoegdheid krijgen om over leven en dood van een andere persoon te beslissen. Er is geen enkele maatschappelijke norm met betrekking tot het begin van het leven : iedereen kan beslissen om kinderen te verwekken. Waarom moet er dan wel een maatschappelijke interventie bij het einde van het leven zijn ?

Mevrouw Martine Dardenne (Agalev-Ecolo) kan de overtuiging van de heer Van Parys niet onderschrijven, omdat die uitgaat van een fundamentele breuk tussen het leven en de dood. Zij vindt dat de dood bij het leven hoort en daarom juist opnieuw in het leven moet worden geïntegreerd.

Volgens *mevrouw Jacqueline Herzet (PRL FDF MCC)* is het niet goed dat anderen hun goedkeuring moeten hechten aan het moment van de dood van een ander : de dood moet in eerste instantie een privé-zaak zijn. Een mens dient in principe de wettelijke bekwaamheid te hebben om over zijn dood te beslissen.

De spreekster ontwaart een contradictie in de stelling van de heer Van Parys : de bekwaamheid van een mens om het moment van zijn dood te kiezen wordt ontkend, maar hij vindt wel dat de beslissing tot uitvoering van euthanasie mogelijk moet zijn als die beslissing voortvloeit uit een consensus van de patiënt en andere ac-

porter sur l'approche purement individualiste. Il n'en faut pas moins prévoir la possibilité que quelqu'un (un médecin) puisse, à des conditions strictes, agir sur la vie d'une personne, sans que soit pour autant porté un jugement de valeur sur la vie de cette personne.

M. Fred Erdman (SP.A) pense que M. Van Parys exprime une certaine vision éthique de ce que doit ou peut être la capacité de l'homme, mais que la conviction qu'il exprime ne porte pas sur la capacité humaine proprement dite.

Le droit à la dignité humaine pose des exigences d'ordre éthique et doit être analysé conjointement avec l'évaluation de la capacité de l'homme de disposer de sa propre vie. La détermination de l'homme à mourir, lorsqu'il se trouve dans une situation sans issue, ne doit pas non plus être minimisée.

L'intervenant estime qu'affirmer qu'un mourant se trouve dans un état psychique « d'incertitude et d'inquiétude » fournit des arguments en faveur d'une déclaration de volonté : cette déclaration est rédigée avant que ne débute la dernière phase de la vie du patient et conférerait, suivant le raisonnement de M. Van Parys, un fondement plus convaincant à l'euthanasie.

M. Van Parys entend-il remplacer l'obligation de consulter certains acteurs prévue par le projet par une obligation de consentement, et donc un droit de veto, pour toutes les personnes faisant partie de l'entourage du patient ?

Enfin, il se demande si le fait de dénier à une personne la capacité de décider de sa propre vie n'a pas pour conséquence d'habiliter des tiers à décider de la vie et de la mort d'une autre personne. Il n'existe aucune norme sociale concernant le début de la vie : chacun peut décider de procréer. Pourquoi devrait-il dès lors y avoir une intervention sociale à la fin de la vie ?

Mme Martine Dardenne (Agalev-Ecolo) ne partage pas les convictions de M. Van Parys, étant donné qu'elles sont fondées sur l'existence d'une rupture fondamentale entre la vie et la mort. Elle estime que la mort fait partie de la vie et que c'est précisément la raison pour laquelle il faut la réintégrer dans la vie.

Selon Mme Jacqueline Herzet (PRL FDF MCC), il n'est pas souhaitable que d'autres personnes doivent marquer leur accord sur le moment de la mort d'une personne : la mort doit avant tout être une affaire personnelle. Un être humain doit, en principe, avoir la capacité légale de décider de sa propre mort.

L'intervenante décèle une contradiction dans la thèse de M. Van Parys : il nie la capacité d'un être humain de choisir le moment de sa mort, mais il estime en revanche que la décision de pratiquer l'euthanasie doit pouvoir être prise si cette décision résulte d'un consensus entre le patient et d'autres acteurs : on ne peut arriver à

toren : ook voor dergelijke consensus is een ondubbelzinnige en zekere wilsuiting van de patiënt noodzakelijk.

Een mens kan bij testament beschikken over de bestemming van zijn goederen na zijn overlijden. Waarom zou hij in zijn testament dan ook niet kunnen uitmaken in welke situatie het leven voor hem niet meer hoeft ?

De heer Jacques Germeaux (VLD) wordt als arts vaak geconfronteerd met lijden en dood. Hij vindt dat in de discussie wordt voorbijgegaan aan het feit dat de moeilijkste beslissing in het verloop van een ziekteproces de stopzetting van de curatieve behandeling is : vooral over die beslissing kunnen spanningen tussen arts en patiënt voorkomen. Nadat die moeilijke beslissing genomen is, verandert de context van de behandeling volledig omdat de patiënt de onomkeerbaarheid van het proces dat uiteindelijk tot de dood leidt, aanvaard heeft. Vanaf dat moment gaat alle aandacht naar de vrijwaring van de levenskwaliteit.

Belangrijker dan de vraag naar het terminale karakter van een ziekte is dus de onomkeerbaarheid. Zo kan de levenskwaliteit van een patiënt met multiple sclerose, die niet meer curatief kan worden behandeld, dermate aangetast zijn dat zijn vraag om euthanasie moet worden ingewilligd, ook al kan hij mogelijkerwijs nog een behoorlijke levensverwachting hebben.

De heer Luc Goutry (CD&V) onderschrijft de stelling van de heer Van Parys dat de vrije wil van iemand die zich wanhopig voelt door de naderende dood ernstig aangetast is. De centrale vraag luidt volgens hem : leeft een mens alleen voor zichzelf ? Het antwoord op die vraag moet ontkennend zijn. Omdat gedurende het hele leven verbondenheid wordt opgebouwd, moet die verbondenheid ook haar rol spelen bij het levenseinde : daarom kan een mens niet alleen beslissen over het moment van zijn dood.

De spreker stelt dat na de stopzetting van een curatieve behandeling nog veel mogelijkheden overblijven om de patiënt een zinvol leven te geven. Hij vindt het onderscheid tussen de terminale en de niet-terminale fase van een ziekte belangrijk : euthanasie is absoluut onaanvaardbaar voor niet-terminale patiënten.

De heer Tony Van Parys (CD&V) is het er met de heer Pieters over eens dat het debat moet worden gevoerd over de begeleiding bij het einde van het leven, maar hij stelt vast dat het wetsontwerp daarentegen wel degelijk over de dood handelt : het verleent een persoon namelijk de bevoegdheid om het moment van zijn dood te kiezen. Het aangehaalde voorbeeld van zelfdoding, dat volgens sommigen zou bewijzen dat een mens hoe dan ook het moment van zijn dood kan kiezen, is van een andere orde.

Als de wetgever een persoon de bevoegdheid verleent om het moment van zijn dood te kiezen, vreest de

un tel consensus que si le patient est en mesure d'exprimer sa volonté de manière non équivoque et certaine.

Un être humain peut, par voie testamentaire, décider de l'affection de ses biens après sa mort. Pourquoi ne pourrait-il dès lors pas non plus déterminer, dans son testament, les cas dans lesquels il estime que la vie n'a plus de sens ?

En tant que médecin, *M. Jacques Germeaux (VLD)* est souvent confronté à la souffrance et à la mort. Il estime que la discussion ne tient pas compte du fait que la décision la plus pénible à prendre au cours d'une maladie est celle d'arrêter le traitement curatif : c'est surtout cette décision qui peut générer les tensions entre le médecin et le patient. Une fois que cette décision pénible a été prise, le contexte du traitement change totalement, étant donné que le patient a accepté le caractère irréversible du processus qui aboutira finalement à la mort. À partir de ce moment, toute l'attention se concentre sur la préservation de la qualité de la vie.

La question de l'irréversibilité est donc plus importante que celle du caractère terminal de la maladie. Par exemple, la qualité de la vie d'un patient atteint d'une sclérose en plaques et ne pouvant plus être soigné du point de vue curatif, peut s'être détériorée d'une manière telle que sa demande d'euthanasie doit être acceptée, même lorsque son espérance de vie peut encore être importante.

M. Luc Goutry (CD&V) partage l'avis de M. Van Parys, qui estime que la volonté d'une personne désespérée peut être gravement altérée lorsqu'elle se sent mourir. Il estime que la question essentielle est de savoir si une personne vit uniquement pour elle-même. Il convient de répondre à cette question par la négative. Dès lors que des relations se tissent entre individus tout au long de la vie, que ces mêmes relations doivent jouer un rôle à la fin de vie. C'est pourquoi il n'appartient pas à l'individu de décider seul du moment de sa mort.

L'intervenant indique qu'au terme d'un traitement curatif, de nombreuses possibilités permettent encore de donner un sens à la vie du patient. Il estime que la distinction entre la phase terminale et la phase non terminale d'une maladie a toute son importance : l'euthanasie est absolument inacceptable pour les patients qui ne sont pas en phase terminale.

M. Tony Van Parys (CD&V) partage l'avis de M. Pieters, qui estime que le débat doit porter sur l'accompagnement en fin de vie, mais constate en revanche que le projet de loi porte bel et bien sur la mort : il permet en effet à l'individu de choisir librement le moment de sa mort. L'exemple du suicide, auquel il a été fait allusion et qui démontrerait, aux dires de certains, qu'un individu peut, de toute façon, choisir le moment de sa mort, est d'un autre ordre.

L'intervenant craint que si le législateur accorde à une personne le pouvoir de choisir le moment de sa mort, le

spreker dat de dialogische verhouding tussen de patiënt en zijn omgeving in het gedrang komt : door de toekenning van volstrekte autonomie aan de patiënt wordt de impact van de omgeving (onder meer artsen, verwanten en het palliatief team) op zijn beslissing gehypothekeerd. In tegenstelling tot wat de heer Erdman beweert, betekent dit niet dat hij ervoor pleit dat derden over leven en dood van de patiënt kunnen beslissen; hij vindt enkel dat een beredeneerde beslissing slechts mogelijk is na een gesprek met de omgeving van de patiënt. Een louter individuele beslissing is noodzakelijkerwijs een onvoldragen beslissing. De dialoog met de omgeving mag niet louter consultatief zijn; ze moet tot consensus leiden omdat ze enkel in uitzonderlijke omstandigheden tot de beslissing om euthanasie uit te voeren aanleiding mag geven.

De spreker vindt niet dat hij onrechtstreeks argumenten aanreikt ten voordele van euthanasie op grond van een wilsverklaring. Hij beschreef enkel de hypothese van een zieke patiënt die een euthanasievraag formuleert; de hypothese van een wilsverklaring door een gezonde persoon heeft hij in zijn tussenkomst niet uitgewerkt. Ten gronde denkt hij dat een gezonde persoon in zijn wilsverklaring onvoldoende kan inschatten hoe hij over leven en dood zal denken wanneer de dood dichtbij is.

De spreker ontkent de band tussen beschikken over goederen en beschikken over het eigen leven. Die twee vraagstukken zijn van een totaal andere orde : in een testament kan men enkel beschikken over zijn goederen.

Ten gronde vindt de spreker dat voor ethische vraagstukken de oplossing er niet in kan bestaan dat het individu beslist. Als de menselijke autonomie geen limieten heeft, is het niet mogelijk om een samenleving op te bouwen. De overheid mag niet neutraal blijven in het domein van de ethiek. Ongebreidelde autonomie is ook een slecht signaal voor iedereen die met zorgverlening te maken heeft. Hij vreest tevens dat het ontwerp de basis zal vormen voor nieuwe initiatieven in het domein van de biomedische ethiek.

De spreker oordeelt dat euthanasieverzoeken vaak een uiting zijn van een behoefte aan hulp, en dus niet noodzakelijkerwijs een verzoek zijn tot levensbeëindiging. Het is dan ook van primordiaal belang dat de exacte aard van het verzoek wordt bepaald. Het verzoek van de patiënt moet in zekere zin worden « gedecodeerd » om te voorkomen dat er foute conclusies uit worden getrokken. Het voorbeeld van Nederland zou voor ons tot bevestiging van die aanpak moeten strekken : in dat land is uit een onderzoek gebleken dat veel mensen die om euthanasie verzoeken geen weet hebben van de middelen ter bestrijding van de pijn en de symptomen die door hun aandoening worden veroorzaakt. Waarschijnlijk zouden de verzoeken dan ook anders worden geformuleerd indien over die middelen —

dialogue entre le patient et son entourage soit menacé, en ce sens que l'octroi d'une autonomie absolue au patient entamerait l'impact de l'entourage (notamment des médecins, des proches et de l'équipe de soins palliatifs) sur sa décision. Contrairement à ce qu'affirme M. Erdman, cela ne signifie pas qu'il préconise que des tiers puissent acquérir un droit de vie ou de mort sur la personne du patient; il estime uniquement qu'une décision raisonnée ne peut être prise qu'à l'issue d'un entretien avec l'entourage du patient. Une décision purement individuelle est nécessairement une décision prématurée. Le dialogue avec l'entourage ne peut être purement consultatif; il doit conduire à la recherche d'un consensus parce qu'il ne peut aboutir à la décision de pratiquer l'euthanasie que dans des circonstances exceptionnelles.

L'intervenant n'estime pas avancer des arguments indirects en faveur de l'euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée. Il a uniquement décrit l'hypothèse d'un patient malade qui formule une demande d'euthanasie; il n'a pas, dans son intervention, abordé l'hypothèse d'une déclaration anticipée faite par un patient en bonne santé. Il estime au fond que, dans sa déclaration anticipée, une personne en bonne santé ne peut apprécier suffisamment la réaction qu'elle aura quant au sens de l'existence à l'approche de la mort.

L'intervenant nie qu'il existe un lien entre le fait de disposer de ses biens et de disposer de sa propre vie. Ces deux questions s'inscrivent dans une dimension différente : dans un testament, la personne peut uniquement disposer quant à ses biens.

L'intervenant estime au fond que, dans le cas de problèmes éthiques, la solution ne peut consister à laisser l'individu prendre une décision. Si l'autonomie humaine n'a pas de limites, il n'est pas possible de construire une société. L'autorité ne peut rester neutre dans le domaine éthique. Reconnaître une autonomie illimitée revient également à envoyer un signal négatif à tous les acteurs des soins de santé. Il craint également que le projet ne serve de base à de nouvelles initiatives dans le domaine de l'éthique biomédicale.

L'intervenant ajoute que les demandes d'euthanasie traduisent souvent un besoin d'aide, et ne constituent donc pas nécessairement une demande de mettre fin à la vie. Il est donc primordial d'identifier la nature exacte de la demande. Il faut, en quelque sorte, « décoder » la demande du patient pour éviter d'en tirer des conclusions erronées. L'exemple néerlandais devrait nous confirmer dans cette approche : aux Pays-Bas, une enquête a montré qu'une grande partie des personnes demandant l'euthanasie sont dans l'ignorance des moyens de combattre la douleur et les symptômes du mal dont ils sont atteints. Il est par conséquent probable que si davantage d'information était prodiguée sur ces moyens, en ce inclus les possibilités qu'offrent les soins palliatifs, les demandes seraient probablement formulées d'une

met inbegrip van de mogelijkheden die palliatieve zorg biedt — meer informatie werd verstrekt. De « Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen », die alle bij het debat betrokken vertegenwoordigers heeft ingelicht over haar standpunt, heeft zeer uitdrukkelijk gevraagd de verzoeken te sorteren. Voordat het verzoek wordt gedaan, zou een onderhoud met het palliatief team kunnen plaatsvinden, om er voor te zorgen dat het bedoelde verzoek met kennis van zaken wordt geformuleerd, temeer omdat de behandelende artsen vaak maar weinig kennis hebben van palliatieve zorg.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) preciseert in verband met het in Nederland gehouden onderzoek waarnaar de heer Tony Van Parys heeft verwezen, dat palliatieve zorg in Nederland minder goed uitgebouwd is dan in België. Het is dan ook niet verwonderlijk dat euthanasieverzoeken in dat land een gebrek aan geschikte palliatieve zorg aantonen. Uit een ander in Nederland verricht onderzoek (dat gepubliceerd werd in het *British Medical Journal*) blijkt trouwens dat geen gevolg wordt gegeven aan twee op drie euthanasieverzoeken, hetgeen aantoont dat de artsen die verzoeken zeer ernstig onderzoeken. Zonder enige twijfel zullen de verzoeken aan de hand van de wettelijk bepaalde criteria, termijnen en gesprekken, in België juist worden geïnterpreteerd, en geen oneigenlijk verzoek zijn om andere redenen.

De heer Jacques Germeaux (VLD) vestigt er de aandacht op dat de euthanasie alleen op verzoek van de patiënt zal worden toegepast. In verband met de kennis van de huisartsen inzake palliatieve zorg (waarvan is beweerd dat die ontoereikend is) moet worden onderstreept dat pijnbestrijding deel uitmaakt van de geneeskundige verzorging die alle artsen, zonder enige uitzondering, kunnen verstrekken. Wel is het juist dat de artsen zich moeten bijscholen, gelet op de snelle vooruitgang van de medische wetenschap. Het is echter van belang dat de palliatieve zorg geen specialiteit op zich wordt : zulks zou tot een echte institutionalisering van dergelijke zorg leiden en derhalve alleen nog kunnen worden verstrekt binnen vaste voorzieningen, hoewel uit het voorbeeld van Nederland blijkt dat 70 % van de patiënten verkiest thuis te sterven.

Voorts moet worden opgemerkt dat patiënten de palliatieve zorg die hun wordt aangeboden kunnen afwijzen omdat zij weten dat de ziekte waaraan zij lijden ongeneeslijk is en zij niet te vinden zijn voor bepaalde behandelingen waardoor ze bijvoorbeeld niet langer volledig bewust van zichzelf zouden zijn. De patiënt moet de vrijheid hebben om palliatieve zorg al dan niet te weigeren.

De heer Fred Erdman, voorzitter (SP.A) merkt op dat in artikel 3, § 2, 1°, van het wetsontwerp is bepaald dat de arts « in alle gevallen en vooraf (…) met de patiënt overleg [moet] plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem (…) mogelijkheden (…) van de palliatieve

autre manière. La Fédération des Soins Palliatifs de Flandre (*Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen*), qui a fait part de son point de vue à tous les représentants impliqués dans le débat, a très explicitement demandé qu'un tri soit opéré entre les demandes. Un entretien préalable avec l'équipe de soins palliatifs pourrait avoir lieu avant que la demande soit formulée, afin que celle-ci soit prise en connaissance de cause, d'autant plus que les médecins traitants n'ont souvent que peu de connaissances en soins palliatifs.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) précise, concernant l'enquête néerlandaise à laquelle s'est référé M. Tony Van Parys, que les soins palliatifs sont bien moins développés aux Pays-Bas qu'en Belgique. Il n'est donc pas étonnant que des demandes d'euthanasie révèlent, dans ce pays, un manque de soins palliatifs adéquats. Une autre enquête menée aux Pays-Bas (publiée dans le *British Medical Journal*) montre par ailleurs qu'il n'est pas donné suite à deux demandes d'euthanasie sur trois, ce qui prouve que les médecins examinent très sérieusement ces demandes. Il ne fait nul doute qu'en Belgique, les critères, les délais et les entretiens prévus par la loi seront interprétés correctement et qu'il n'y aura pas de demandes impropres fondées sur d'autres motifs.

M. Jacques Germeaux (VLD) attire l'attention sur le fait que ce ne sera que si le patient le demande qu'une euthanasie sera pratiquée. Concernant la connaissance des médecins de famille en matière de soins palliatifs, dont il a été allégué qu'elle ne serait pas suffisante, il faut souligner que la lutte contre la douleur fait partie des soins médicaux que sont capables de prodiguer tous les médecins, sans exception. Il est certes exact que, la science médicale progressant rapidement, les médecins sont tenus d'actualiser leurs connaissances. Il importe cependant que les soins palliatifs ne deviennent pas une spécialité à part entière : cela mènerait à une véritable institutionnalisation de ces soins, qui ne pourraient donc plus être dispensés que dans des structures fixes, et ce alors que l'exemple néerlandais montre qu'environ 70 % des patients font le choix de mourir à domicile.

Il faut par ailleurs remarquer qu'il est possible que des patients refusent l'offre de soins palliatifs parce qu'ils savent que le mal dont ils sont atteints est incurable et qu'ils ne veulent pas subir certains traitements qui, par exemple, les mèneraient à n'avoir plus pleinement conscience d'eux-mêmes. Cette possibilité de refus des soins palliatifs doit être laissée au patient.

M. Fred Erdman (SP.A), président, remarque que l'article 3, § 2, 1°, du projet dispose que le médecin doit, « préalablement et dans tous les cas (…) se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui (…) les possibilités qu'offrent les soins palliatifs

zorg, en hun gevolgen bespreken ». Tussen de patiënt en zijn arts ontstaat dus een dialoog, waarbij de patiënt kennis krijgt van alle gegevens waarover de arts beschikt.

De heer Tony Van Parys (CD&V) onderstreept dat zekerheid moet bestaan over de wil van de patiënt. Het is absoluut noodzakelijk dat de patiënt de gelegenheid krijgt inlichtingen in te winnen over de mogelijkheden van palliatieve zorg, teneinde verzoeken uit te sluiten die hun oorsprong vinden in een gebrek aan informatie, ervaring of kennis van de huisartsen in de betrokken materie. Zulks impliceert niet dat van de palliatieve geneeskunde een aparte discipline wordt gemaakt, maar wel dat wordt voorzien in de nodige, voor huisartsen bestemde opleiding die hen vertrouwd maakt met dergelijke verzorging. Dankzij die maatregel zou een raadpleging in verband met palliatieve zorg kunnen worden gehouden voordat de patiënt om euthanasie verzoekt. Dat verzoek moet immers overwogen, herhaald en aanhoudend zijn, en zulks is alleen mogelijk indien de patiënt vóór zijn eventueel euthanasieverzoek *in concreto* weet dat een alternatief voorhanden is.

Bij het wetsontwerp rijzen andere problemen :

— volgens een recent wetenschappelijk onderzoek over het jaar 1998 blijkt dat hoewel bijna 40 % van de sterfgevallen werd veroorzaakt of versneld door een medisch ingrijpen, slechts 1,1 % van die gevallen kon worden bestempeld als euthanasie. Bijgevolg rijst de vraag waarom de wet alleen betrekking heeft op het bijzondere en vrij zeldzame geval van euthanasie, en niet op andere facetten van de toestand van de terminale patiënt waarvan de betrokkene op de hoogte kan zijn (transparantie en vermenselijking van de behandeling, rechten van de patiënt enz.);

— strekt euthanasie ertoe een einde te maken aan het lijden ? Als zulks het geval is, mag euthanasie niet worden toegepast wanneer palliatieve zorg volstaat om de pijn te verzachten. Er blijft op dat punt evenwel een zekere dubbelzinnigheid bestaan, want hoewel de verdedigers van het wetsontwerp van mening zijn dat euthanasie zelfs mag worden toegepast als de pijn doeltreffend met palliatieve zorg te bestrijden valt, is in artikel 3, § 1, van het wetsontwerp duidelijk bepaald dat euthanasie maar mag worden toegepast wanneer de patiënt zich in een toestand bevindt van lijden dat niet gelenigd kan worden. Wordt op grond van dat artikel aan de patiënt niet elke keuzevrijheid ontzegd zodra palliatieve zorg volstaat om het lijden van de patiënt te verzachten of te doen verdwijnen ? Het ware wenselijk dat de verdedigers van het wetsontwerp te kennen geven welk standpunt zij terzake innemen.

Voorzitter Fred Erdman (SP.A) antwoordt dat het doel van palliatieve zorg er niet alleen in bestaat het lijden van de zieke te verzachten, maar ook, zoals is bepaald in artikel 2 van het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg, de zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke

et leurs conséquences ». Il y a donc un dialogue qui s'établit entre le patient et son médecin, dialogue au cours duquel toutes les informations dont dispose le docteur sont communiquées au patient.

M. Tony Van Parys (CD&V) souligne qu'il faut être certain de la volonté du patient. Il est absolument nécessaire de permettre au patient de s'informer sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs, afin d'exclure des demandes qui surgissent en raison d'un manque d'information, d'expérience ou de connaissance des médecins de famille en la matière. Cela n'implique pas que l'on fasse de la médecine palliative une discipline particulière, mais requiert que les médecins de famille puissent suivre des formations adéquates leur permettant de se familiariser avec ce genre de soins. Cette mesure rendrait possible l'organisation d'une consultation portant sur les soins palliatifs avant que le patient ne fasse la demande d'euthanasie. Cette demande doit en effet être réfléchie, répétée et constante, et elle ne peut l'être que si le patient sait, de manière concrète et avant son éventuelle demande d'euthanasie, qu'une alternative existe.

Le projet de loi pose d'autres problèmes :

— d'après une enquête scientifique récente portant sur l'année 1998, si près de 40 % des décès ont été causés ou précipités par une intervention médicale, seuls 1,1 % des cas pouvaient être considérés comme des euthanasies. L'on peut dès lors se demander pourquoi la loi ne vise que la situation particulière et relativement exceptionnelle de l'euthanasie et non d'autres aspects relatifs à la situation que le patient en fin de vie peut connaître (transparence et humanisation du traitement, droits du patient, etc.);

— l'euthanasie a-t-elle pour but de mettre fin aux souffrances ? Si tel est le cas, l'euthanasie ne pourrait avoir lieu si les soins palliatifs suffisent à apaiser la douleur. Or il subsiste à ce sujet une certaine ambiguïté, car si les défenseurs du projet de loi sont d'avis que l'euthanasie peut être pratiquée même si les soins palliatifs parviennent à lutter efficacement contre la douleur, le projet de loi, lui, dispose clairement en son article 3, § 1er, que l'euthanasie ne pourra avoir lieu que si le patient fait état d'une souffrance qui ne peut être apaisée. Cet article n'exclut-il pas tout choix du patient dès lors que les soins palliatifs suffisent à atténuer ou à faire disparaître les souffrances du patient ? Il serait souhaitable que les défenseurs du projet donnent leur point de vue à ce sujet.

M. Fred Erdman (SP.A), président, répond que le but des soins palliatifs ne se limite pas à apaiser les souffrances du malade mais aussi, comme le prévoit l'article 2 du projet de loi relatif aux soins palliatifs, d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie pos-

levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg en euthanasie vullen elkaar veeleer aan dan dat het ene een alternatief voor het andere vormt.

Volgens *mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID)* is het noodzakelijk dat een « palliatief filter » wordt ingesteld en dat dergelijke verzorging aan de patiënt werd voorgesteld. Ze kan evenwel niet aan de patiënt worden opgelegd, en indien hij ondraaglijk lichamelijk of psychisch lijden ondergaat, dan heeft hij het recht geen beroep te doen op die palliatieve zorg en voor euthanasie te opteren.

De heer Thierry Giet (PS) is het daarmee eens en onderstreept dat palliatieve zorg er niet alleen op gericht is de pijn te verzachten en het lijden te vergeten, maar ook de zieke een aanvaardbare levenskwaliteit te verschaffen en hem in de gelegenheid te stellen zijn helderheid van geest te bewaren.

De heer Jacques Germeaux (VLD) geeft aan dat de in het wetsontwerp vervatte bepalingen op generlei wijze zullen verhinderen dat geneeskundige behandelingen worden verstrekt indien de zieke dit wenst. De patiënten hebben evenwel het recht die behandelingen te weigeren, en na overleg met de arts voor een andere oplossing te kiezen. Het recht op een verzoek tot euthanasie moet met andere woorden los staan van het gegeven dat andere medische handelingen kunnen plaatsvinden zoals palliatieve zorg. In de praktijk zou een arts trouwens in een bijzonder moeilijke situatie terechtkomen indien hij geen euthanasie wil toepassen bij een ongeneeslijk zieke patiënt die ondraaglijk lijdt en palliatieve zorg weigert, en die arts derhalve moet vaststellen dat hij niets meer voor de betrokkene kan doen.

Zoals de Raad van State heeft onderstreept moet trouwens worden opgemerkt dat de behandelingen ter bestrijding van de pijn soms het overlijden versnellen of zelfs veroorzaken. Wanneer een dergelijke verzorging wordt beperkt tot wat strikt noodzakelijk is inzake pijnbestrijding, valt zij volkomen binnen de grenzen van de toelaatbare vormen van verzorging en de arts mag niet worden verweten dat zij de dood heeft versneld of veroorzaakt. In de bedoelde wetsbepalingen moet van die verzorging dus geen gewag worden gemaakt.

Voorzitter Fred Erdman (SP.A) geeft te kennen dat hij het met die zienswijze eens is, en bevestigt dat euthanasie niet mag afhangen van de verstrekking van palliatieve zorg. Het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg voorziet er trouwens in dat het lijden van de zieke duurzaam wordt teruggedrongen of weggenomen.

Volgens *mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* heeft de patiënt het recht alle behandelingen te weigeren, ook palliatieve zorg. Die weigering betekent evenwel niet dat hij het recht op een euthanasieverzoek verliest. Ook al verkeert slechts 1 % à 2 % van de patiënten in dat geval, een en ander moet bij wet worden bekrachtigd. Soms gebeurt het trouwens dat de patiënt

sible et une autonomie maximale. Il y a donc une complémentarité entre les soins palliatifs et l'euthanasie, plutôt qu'une alternative.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) considère qu'il est nécessaire qu'un « filtre palliatif » soit imposé, et qu'il faut que ces soins aient été proposés au patient. Pour autant, l'on ne peut imposer ces soins au patient, et si, proche de la mort, il subit des souffrances physiques ou psychiques insupportables, il a le droit de ne pas recourir à ces soins et d'opter pour l'euthanasie.

M. Thierry Giet (PS) abonde en ce sens et souligne que le but des soins palliatifs n'est pas seulement d'apaiser la douleur, d'oublier la souffrance, mais en outre de procurer au malade une qualité de vie acceptable, compte tenu de la maladie, et de lui permettre de garder sa lucidité.

M. Jacques Germeaux (VLD) explique que les dispositions de la loi n'empêcheront en aucune manière que des traitements médicaux soient effectués, si telle est la volonté du malade. Les patients auront cependant le droit de refuser ceux-ci, et de choisir une autre solution après concertation avec le médecin. Le droit de demander l'euthanasie doit être, en d'autres mots, indépendant du fait que d'autres actes médicaux, comme les soins palliatifs, puissent être pratiqués. Dans la pratique, il s'avérerait d'ailleurs très difficile pour un médecin, lorsqu'un patient est incurable, qu'il refuse les soins palliatifs et que ses souffrances sont insupportables, de lui refuser l'euthanasie, c'est à dire de constater que plus rien ne peut être entrepris pour lui venir en aide.

Il faut par ailleurs remarquer, comme l'a souligné le Conseil d'État, que les traitements destinés à combattre la douleur ont parfois pour conséquence d'entraîner, voire d'anticiper, le décès. Lorsque ces soins sont strictement limités à ce qui est nécessaire à la lutte contre la douleur, ils entrent entièrement dans le cadre des soins admissibles, et la circonstance qu'ils ont entraîné ou anticipé la mort ne peut en principe être reprochée au médecin. Ces soins ne doivent donc pas être visés par les dispositions de la loi.

M. Fred Erdman (SP.A), président, fait part de son accord avec cette vision des choses et confirme que l'euthanasie ne doit pas dépendre de l'administration de soins palliatifs. Le projet de loi relatif aux soins palliatifs vise d'ailleurs une diminution ou une disparition durable des souffrances du malade.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) estime que le patient a le droit de refuser tout traitement, y compris celui en soins palliatifs. Ce refus n'entraîne cependant pas la perte du droit à demander l'euthanasie. Même si ce choix ne concerne que 1 % à 2 % des patients, cela doit être consacré dans une loi. Il arrive d'ailleurs parfois que le patient réitère sa demande

nogmaals om euthanasie verzoekt ondanks de palliatieve zorg. Zulks bewijst dat palliatieve zorg niet altijd doeltreffend is. Iedereen die in een palliatief team heeft gewerkt weet dat het vreselijk is te worden geconfronteerd met mensen die om hulp smeken, en voor wie niets anders kan worden gedaan dan ze voor enkele uren in een slaaptoestand brengen.

Mevrouw Jacqueline Herzet (MR) voegt daaraan toe dat palliatieve zorg, behalve het gegeven dat zij de lichamelijke pijn soms niet volledig wegneemt, ondoeltreffend kan blijken wat het psychisch lijden betreft. In een dergelijk geval is het onmenselijk de patiënt nog tot zijn dood dat lijden te doen doorstaan.

De heer Tony Van Parys (CD&V) stelt vast dat hij het fundamenteel oneens is met de verdedigers van het idee dat euthanasie kan worden toegepast terwijl de pijn van de patiënt kan worden verzacht met palliatieve zorg. Euthanasie die wordt toegepast terwijl de pijn kan worden verzacht of weggenomen met behulp van palliatieve zorg zou nog steeds als een misdrijf moeten worden beschouwd, zoniet is het niet erg duidelijk welk verband er nog bestaat tussen euthanasie en palliatieve zorg.

Ook moet eraan worden herinnerd dat euthanasie alleen mag worden toegepast bij stervenden, dus bij terminale patiënten; dat is trouwens de gangbare betekenis van het woord « euthanasie ». Krachtens het wetsontwerp krijgt dit concept evenwel een nieuwe betekenis, aangezien het betrekking heeft op mensen met een stervenswens. De CD&V-fractie kan in geen geval met die zienswijze akkoord gaan, en wenst te beklemtonen dat het verzoek van de patiënt moet worden geobjectiveerd, in plaats van de euthanasie volledig te laten afhangen van diens subjectieve interpretatie.

Daarnaast moet worden geconstateerd dat een wet krachtens welke in voorkomend geval ook niet-terminale patiënten een recht op euthanasie kunnen doen gelden, zeer zeker strijdig zou zijn met artikel 2 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (recht op leven).

Euthanasie toestaan wanneer de patiënt niet langer een zekere graad van « levenskwaliteit » geniet, dreigt ook het idee ingang te doen vinden dat bepaalde levensvormen niet waard zijn te worden geleefd, en dat mensen die te kampen hebben met een handicap of ernstige lichamelijke moeilijkheden of die hulpbehoevend zijn, er goed aan zouden doen euthanasie te laten toepassen. Indien de betrokkenen met andere woorden niet de nodige stimulansen krijgen ter versterking van hun levenswil, dan dreigt twijfel te rijzen omtrent het nut en de zin zelf van hun bestaan.

Voorzitter Fred Erdman (SP.A) herinnert eraan dat vaak onmogelijk kan worden uitgemaakt of een patiënt nu terminaal is of niet. Het zou trouwens arbitrair zijn een termijn vast te stellen, en die termijn dreigt voor sommigen te kort uit te vallen.

d'euthanasie, malgré les soins palliatifs, ce qui prouve que ceux-ci ne sont pas toujours efficaces. Quiconque a travaillé en équipe de soins palliatifs sait qu'il est terrible d'être confronté à des personnes qui implorent de l'aide, et pour lesquelles rien ne peut être fait, si ce n'est de les endormir pour quelques heures.

Mme Jacqueline Herzet (MR) ajoute que, outre le fait que les soins palliatifs ne suppriment parfois pas complètement la douleur physique, ils peuvent s'avérer inefficaces en ce qui concerne la souffrance psychique. Dans un tel cas, il est inhumain de continuer à faire endurer cette souffrance par le patient jusqu'à ce qu'il meure.

M. Tony Van Parys (CD&V) constate son désaccord fondamental avec ceux qui défendent l'idée que l'euthanasie puisse être effectuée alors que les soins palliatifs parviennent à apaiser les souffrances du patient. L'euthanasie commise alors que les soins palliatifs parviennent à diminuer ou supprimer les souffrances du patient devrait continuer à être considérée comme un délit, sans quoi on ne voit pas très bien quel serait encore le rapport entre l'euthanasie et les soins palliatifs.

Il faut par ailleurs rappeler que l'euthanasie ne peut être permise que pour les personnes qui sont en train de mourir, c'est à dire des personnes en phase terminale. C'est d'ailleurs le sens commun du mot « euthanasie ». Or, le projet de loi donne à ce concept une nouvelle signification, puisqu'il vise les personnes qui désirent mourir. Le CD&V ne peut en aucun cas être d'accord avec cette vision des choses et tient à insister sur la nécessité d'objectiver la demande du patient, au lieu de rendre l'euthanasie complètement dépendante de son interprétation subjective.

Il convient d'autre part de constater qu'une loi accordant le droit à l'euthanasie également aux patients qui ne seraient pas en phase terminale contreviendrait très certainement à l'article 2 de la Convention européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales (droit à la vie).

Permettre l'euthanasie lorsque le patient ne peut plus jouir d'un certain degré de « qualité de vie » risque également d'accréditer l'idée que certaines formes de vie ne valent pas la peine d'être vécues, et que les personnes atteintes d'un handicap ou de problèmes physiques graves ou dans un état de dépendance feraient bien de recourir à l'euthanasie. En d'autres termes, si l'on ne donne pas les stimulants nécessaires pour donner l'envie à ces personnes de vivre, on risque de les faire douter de l'utilité et du sens même de leur existence.

M. Fred Erdman (SP.A), président, rappelle qu'il est bien souvent impossible de déterminer si un patient est ou non en phase terminale. Fixer un délai serait par ailleurs arbitraire, et risquerait de s'avérer trop court pour certains.

Deze fase valt dus niet te meten; daarom ook wordt die term niet in het wetsontwerp gehanteerd, maar wel de woorden « medisch uitzichtloze toestand », en wordt voorzien in bijkomende waarborgen voor personen over wie « de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden ».

Voorts mag geen verwarring ontstaan tussen euthanasie en zelfmoord, aangezien dat laatste geval betrekking heeft op mensen die niet in een medisch uitzichtloze toestand verkeren.

Het argument als zou het toestaan van euthanasie een fout signaal geven aan personen die ernstige fysieke problemen ondervinden, is trouwens ongegrond. Op dat punt moet worden beklemtoond dat de patiënt zelf vrijelijk, onafhankelijk en met kennis van zaken kan besluiten tot een euthanasieverzoek. Niemand kan in de plaats van de patiënt beslissen.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) komt terug op het standpunt van de « Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen », die volgens sommige sprekers de stelling zou verdedigen dat een beter aanbod aan palliatieve zorg de euthanasieverzoeken zou doen verdwijnen. Hieromtrent moet worden aangestipt dat ondanks de bemoedigende vooruitgang die de jongste jaren inzake palliatieve zorg is geboekt, de federatie toegeeft dat er gevallen bestaan waarin mensen nog steeds sterven in mensonwaardige omstandigheden; de grootste verdedigers van palliatieve zorg erkennen dat wie een dergelijk overlijden heeft meegemaakt, snel een positieve houding ten aanzien van euthanasie aanneemt. Welke inspanningen inzake palliatieve zorg ook worden gedaan, verzoeken om euthanasie zullen dus blijven bestaan.

Het euthanasievraagstuk roept vele vragen op. Talrijke auteurs hebben er zich in het verleden al over gebogen. Het is dus wellicht nuttig de volgende bekende passage in herinnering te brengen : *« De zieken die lijden aan ongeneeslijke ziekten troosten ze door hun aanwezigheid, door ermee te praten, kortom door ze alle hulp te bieden die ze kunnen. Soms echter is de ziekte niet alleen ongeneeslijk, maar veroorzaakt ze ook onophoudelijk lijden en angst. Als de priesters en de magistraten dan vaststellen dat de zieke niet in staat is nog enige plicht te vervullen en door zijn eigen dood te overleven tot last en hindernis is voor anderen, en voor zichzelf een bron van lijden, dan zullen ze hem ertoe aansporen zich niet langer vast te klampen aan dit aftakelend en pijnlijk bestaan. Als hij beseft dat zijn leven niets meer is dan kwelling, zeggen ze hem dat hij er niet tegenop moet zien te sterven, maar eerder hoopvol naar de dood kan uitzien en dat hij zichzelf mag bevrijden uit dit leven als uit een gevangenis of een oord van kwelling of zich door anderen eruit kan laten bevrijden. Op deze wijze, zo zeggen ze, zal hij verstandig handelen : door zijn dood zal hij niets goeds verliezen maar wel een einde stellen aan zijn lijden. En omdat hij hierin de raad van de pries-*

Cette phase ne se mesure donc pas, et c'est pourquoi le projet de loi évite ce terme et parle de « situation médicale sans issue » et prévoit des garanties supplémentaires pour les personnes pour lesquelles le médecin est d'avis que « le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance ».

Il faut par ailleurs se garder de toute confusion entre l'euthanasie et le suicide, ce dernier concernant des personnes qui ne sont pas dans une situation médicale sans issue.

L'argument consistant à dire que permettre l'euthanasie donnerait un mauvais signal aux personnes qui sont dans une situation physique difficile n'est par ailleurs pas fondé. Il faut à cet égard insister sur le fait que c'est le patient lui-même qui peut décider, de façon libre, indépendante et éclairée, de demander l'euthanasie. Personne ne pourra substituer sa volonté à celle du patient.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) revient sur le point de vue de la Fédération des Soins Palliatifs de Flandre qui, selon certains intervenants, défendrait la position suivant laquelle une meilleure offre de soins palliatifs ferait disparaître les demandes d'euthanasie. Il convient à ce sujet de préciser que la Fédération, en dépit des progrès encourageants enregistrés ces dernières années en matière de soins palliatifs, admet qu'il existe des cas où des personnes continuent à mourir dans des conditions non conformes à la dignité humaine, et les plus grands défenseurs des soins palliatifs reconnaissent que quiconque a assisté à ce type de décès adopte très vite une attitude positive vis-à-vis de l'euthanasie. Quels que soient les efforts accomplis en matière de soins palliatifs, des demandes d'euthanasie continueront donc à être formulées.

Le problème de l'euthanasie soulève beaucoup de questions, sur lesquelles, par le passé, de nombreux auteurs se sont déjà penchés. Il n'est dès lors peut-être pas inutile dans ce débat de rappeler ce passage célèbre : « *Si quelqu'un est atteint d'une maladie incurable, ils cherchent à lui rendre la vie tolérable en l'assistant, en l'encourageant, en recourant à tous les médicaments capables d'adoucir ses souffrances. Mais lorsque à un mal sans espoir s'ajoutent des tortures perpétuelles, les prêtres et les magistrats viennent trouver le patient et lui exposent qu'il ne peut plus s'acquitter d'aucune des tâches de la vie, qu'il est à charge à lui-même et aux autres, qu'il survit à sa propre mort, qu'il n'est pas sage de nourrir plus longtemps le mal qui le dévore, qu'il ne doit pas reculer devant la mort puisque l'existence est pour lui un supplice, qu'une ferme espérance l'autorise à s'évader d'une telle vie comme à un fléau ou bien à permettre aux autres de l'en délivrer; que c'est agir sagement que de mettre fin par la mort à ce qui a cessé d'être un bien pour devenir un mal; et qu'obéir aux conseils des prêtres, interprètes de Dieu, c'est agir le plus pieusement et saintement. Ceux que ce discours persuade se laissent mourir de faim, ou bien sont endormis et se trou-*

ters zal volgen, dat wil zeggen, van degenen die Gods wil uitleggen, zal hij handelen als een godvruchtig en deugdzaam mens. Degenen die op deze wijze overreed worden, stappen vrijwillig uit het leven door niet meer te eten, of worden tijdens hun slaap geholpen, zonder enige doodsstrijd. Degenen echter die niet wensen te sterven, worden niet onder druk gezet en worden verder met dezelfde zorg en aandacht begeleid. » (Thomas More, Utopia, 1516).

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) onderstreept dat zij liever zou hebben dat euthanasie beperkt bleef tot de terminaal zieken. Aangezien die toestand echter moeilijk vast te stellen is, ware het verkieslijk de arts de mogelijkheid te laten *in concreto* te bepalen of de patiënt zich al dan niet in die toestand bevindt.

De heer Tony Van Parys (CD&V) vraagt zich af welke betekenis moet worden gehecht aan de zinsnede « dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden ». Die vage uitdrukking brengt voor de artsen rechtsonzekerheid mee.

Nog andere punten kunnen worden vermeld :

— de wilsverklaring : in welke mate kan men beweren dat iemand die psychisch lijdt, in staat is een geldige en in volle besef uitgebrachte verklaring te formuleren ? En hoe kan men er zeker van zijn dat iemands wil in de loop der jaren dezelfde zal blijven, als die persoon niet weet in welke situatie hij zich jaren later zal bevinden en hij dus niet kan voorzien in welke omstandigheden zijn wilsbeschikking zal worden uitgevoerd ? Het wetsontwerp bepaalt voorts dat de aanwijzing van een vertrouwenspersoon facultatief is. Mocht het principe van de wilsbeschikking in het wetsontwerp worden gehandhaafd, dan moet de aanwijzing van een vertrouwenspersoon worden verplicht om de arts voldoende over de echte wil van de patiënt te kunnen inlichten. Er rijzen ook vragen over de juridische aard van die wilsbeschikking : gaat het om het basiselement dat het mogelijk maakt euthanasie toe te passen of is het veeleer één element onder andere besluitvormingselementen ? Zoals de tekst nu is geformuleerd, zijn beide interpretaties mogelijk;

— het psychisch lijden : wat is de aard van dat lijden ? Om elk oneigenlijk gebruik te voorkomen zouden de gehandicapten, de Alzheimerpatiënten, alsook wie depressief en dement is, van het toepassingsgebied van de wet moeten worden uitgesloten.

Er kunnen zich extreme situaties voordoen waarin euthanasie denkbaar is. Toch moet de arts in dergelijke situaties niet door de wens van de verwanten van de betrokkene worden geleid, maar door een afweging van zijn verschillende plichten ten opzichte van de patiënt (de patiënt verzorgen en zijn leven beschermen, dan wel een menswaardige dood mogelijk maken).

vent délivrés sans même avoir senti qu'ils meurent. On ne supprime aucun malade sans son assentiment, et on ne ralentit pas les soins à l'égard de celui qui refuse. » (Thomas More, « L'Utopie », 1516).

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) souligne qu'elle préférerait que l'euthanasie fût limitée aux malades en phase terminale. Étant donné cependant que ce stade est difficile à définir, il serait préférable de laisser au médecin la possibilité de déterminer, *in concreto*, si le patient est ou non dans cette situation.

M. Tony Van Parys (CD&V) s'interroge sur la signification à donner à la notion de « décès qui n'interviendra manifestement pas à brève échéance ». Cette expression floue est génératrice d'insécurité juridique pour les médecins.

D'autres points peuvent encore être soulevés :

— déclaration préalable de volonté : dans quelle mesure peut-on dire que des personnes qui souffrent de souffrances psychiques sont en état de formuler une déclaration valable et consciente ? Et comment peut-on être certain que la volonté d'une personne se maintiendra au fil des ans, alors qu'elle ne sait dans quelle situation elle sera des années plus tard, et qu'elle ne peut donc prévoir dans quelles circonstances sa déclaration de volonté sera mise en œuvre ? Le projet prévoit par ailleurs que la désignation d'une personne de confiance est facultative. Si le principe de la déclaration de volonté devait être maintenu dans le projet de loi, il s'imposerait que la désignation d'une personne de confiance devînt obligatoire, afin de pouvoir éclairer à suffisance le médecin sur la volonté réelle du patient. Des questions se posent également quant à la nature juridique de cette déclaration de volonté : s'agit-il de l'élément de base qui permet que l'euthanasie soit pratiquée, ou est-ce plutôt un élément parmi d'autres dans la prise de décision ? Les deux interprétations sont, dans l'état actuel du texte, possibles;

— souffrances psychiques : quelle est la nature de ces souffrances ? Afin d'éviter toute dérive, il serait nécessaire d'exclure du champ d'application de la loi les personnes handicapées, celles atteintes de la maladie d'Altzheimer, de même que les dépressifs et les déments.

Des situations extrêmes peuvent exister, dans lesquelles l'euthanasie peut être envisagée. Il faut cependant que le médecin soit, dans de telles situations, conditionné non pas par la volonté des proches de la personne concernée, mais bien par un conflit entre les différents devoirs qu'il a envers le patient (soigner le patient et protéger sa vie/rendre possible une mort conforme à la dignité humaine).

Als dergelijke dramatische situaties zich voordoen, als er een conflict rijst tussen verschillende fundamentele waarden en er geen andere mogelijkheid is, kan van een noodsituatie worden gewaagd en vormt dit een verschoningsgrond voor euthanasie.

Euthanasie moet dus in het strafrecht worden gehandhaafd : dankzij het strafrecht worden de zwaksten in de maatschappij beschermd. Het is onloochenbaar dat degene die psychisch of fysisch lijden, zich in een situatie van zwakte bevinden.

Werken met het begrip noodsituatie maakt het aldus mogelijk het uitzonderlijk karakter van euthanasie te behouden, de normatieve aard van het strafrecht op te voeren en de rol van het openbaar ministerie te handhaven.

De vraag naar controle is immers essentieel en men kan zich terecht afvragen wat het belang is van de terzake voor de federale controle- en evaluatiecommissie in uitzicht gestelde rol : hoewel het openbaar ministerie in theorie nog altijd ambtshalve kan optreden, zal het in de praktijk heel moeilijk zijn dat te doen als de commissie beslist heeft dat de in de euthanasiewet bepaalde voorwaarden zijn vervuld. Er is dus veel kans dat het openbaar ministerie van zijn bevoegdheden bij gevallen van euthanasie wordt ontlast.

De commissie kan trouwens maar beslissen het dossier naar de procureur des Konings door te zenden als ten minste twee derden van de leden daartoe hebben beslist. Dat betekent dat in die commissie een kleine, bijvoorbeeld tot dezelfde levensbeschouwelijke groep behorende minderheid, bij machte zal zijn te verhinderen dat het dossier naar het openbaar ministerie wordt doorgezonden. Zulks houdt ook in dat de leden van een taalgebied de doorzending kunnen verhinderen van een dossier met betrekking tot een geval van euthanasie dat op het grondgebied van een ander gebied is gepleegd.

Het is dus wenselijk de in de wet voorgeschreven meerderheid te verkleinen.

Het wetsontwerp betreffende de euthanasie blijkt wel degelijk bestemd te zijn voor mensen die beschikken over uitzonderlijke kwaliteiten en die in staat zijn een beslissing te nemen in een bijzonder moeilijke situatie. Het valt te vrezen dat deze categorie in werkelijkheid maar een minderheid zal vormen. Om de mensen te helpen met kennis van zaken een keuze te maken, wenst de CD&V dat ethische raadpleging tot stand komt, waarmee het mogelijk wordt de verschillende implicaties van euthanasie ter sprake te brengen. De fractie zal dan ook amendementen in die zin indienen.

Voorzitter Fred Erdman (SP.A) merkt op dat de algemene notie van noodsituatie van toepassing blijft, al kunnen bijzondere wetten, zoals die over euthanasie, in uitzonderingen voorzien. De moeilijkheid met het inroepen van de noodsituatie is dat het achteraf geschiedt, als verschoningsgrond voor de handeling, en dat alleen de arts betrokken is. Al wat het wetsontwerp inzake dialoog

Quand ces situations dramatiques ont lieu, qu'il y a conflit entre différentes valeurs fondamentales et qu'aucune autre alternative n'est possible, il pourra être admis qu'un état de nécessité existe, et que celui-ci constitue une cause d'excuse de l'euthanasie.

Le maintien de l'euthanasie dans le droit pénal est donc nécessaire : c'est grâce au droit pénal que la protection des plus faibles est assurée, et il est indéniable que les personnes qui souffrent psychologiquement ou physiquement sont dans une situation de faiblesse.

Recourir à l'état de nécessité permet ainsi de préserver le caractère exceptionnel de l'euthanasie, de renforcer le caractère normatif du droit pénal et de conserver le rôle du ministère public.

La question du contrôle est en effet essentielle, et l'on est en droit de s'interroger sur l'importance du rôle qu'il est prévu d'attribuer en la matière à la commission fédérale d'évaluation et de contrôle : si le ministère public peut toujours, en théorie, agir d'initiative, il lui sera en pratique très difficile de la faire si la commission a décidé que les conditions prévues pas la loi sur l'euthanasie ont été respectées. Le risque est donc grand que l'on décharge le ministère public de ses compétences en cas d'euthanasie.

La commission ne peut par ailleurs décider d'envoyer le dossier au procureur du Roi que si deux tiers de ses membres en ont ainsi décidé. Cela signifie qu'une petite minorité de personnes au sein de cette commission, appartenant par exemple à un même groupe idéologique, aura le pouvoir d'empêcher la transmission du dossier au ministère public. Cela implique également que les membres d'une région linguistique pourront bloquer la communication d'un dossier relatif à une euthanasie pratiquée sur le territoire d'une autre région.

Il serait donc souhaitable que la majorité requise dans la loi fût abaissée.

Le projet de loi sur l'euthanasie semble bien destiné à des personnes qui disposent de qualités exceptionnelles et qui sont capables, dans une situation extrêmement difficile, de prendre une décision. Il est à craindre que cette catégorie de personnes ne constitue en réalité qu'une minorité. Afin d'aider les personnes à opérer un choix en connaissance de cause, le CD&V souhaite qu'une consultation éthique soit organisée, qui permette de soulever les diverses implications de l'euthanasie, et déposera des amendements en ce sens.

M. Fred Erdman (SP.A), président, remarque que la notion générale d'état de nécessité reste d'application, même si des lois particulières, comme celle sur l'euthanasie, peuvent prévoir des exceptions. Le problème du recours à l'état de nécessité est qu'il intervient *a posteriori*, comme cause d'excuse de l'acte, et qu'il ne concerne que le médecin. Tout ce que le projet de loi prévoit

met de patiënt, uitwisseling van informatie en wilsbeschikking bepaalt, kan dus niet plaatshebben.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) vindt dat men de doos van Pandora heeft geopend, nu een bespreking over het thema euthanasie is aanvaard, zelfs al zou die alleen over de terminale patiënten hebben gehandeld. Het komt niet de wet toe de vraagstukken op te lossen die zich voordoen in verband met het levenseinde, maar wel de artsen, die gebonden zijn door de eed van Hippocrates — die hen ertoe verplicht hun patiënten te genezen en bij te staan — en die als enige gerechtigd zijn om in medische aangelegenheden alle beslissingen te nemen.

Mochten in het kader van die praktijk laakbare daden worden gepleegd, dan kan de zaak voor het gerecht worden gebracht, die beschikt over de mogelijkheid om met alle terzake doende omstandigheden rekening te houden en zo nodig de verschoningsgrond noodsituatie toe te passen.

In verband met wie depressief is, onderstreept *de heer Jacques Germeaux (VLD)* dat het wetsontwerp het heeft over mensen die zich in een « medisch uitzichtloze toestand » bevinden.

Over het voorstel van bepaalde sprekers om euthanasie te beperken tot de terminale patiënten, moet men eraan herinneren dat de ontwikkeling van de medische technieken het mogelijk maakt enerzijds almaar vroeger te bepalen of een ziekte ongeneeslijk is en anderzijds de doodsstrijd van de patiënt te verlengen. Aangezien de duur van de doodsstrijd afhankelijk is van de aangewende technieken, is het bijgevolg onmogelijk te zeggen of een patiënt al dan niet terminaal is.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) is het daar volmondig mee eens en merkt op dat de « terminale fase » kan verschillen van patiënt tot patiënt. Het gaat dus om een bijzonder subjectief begrip, dat anders kan worden ervaren door de patiënt, maar dat afhangt van het oordeel van de arts.

D. UITEENZETTING VAN DE HEER GOUTRY OVER HET WETSVOORSTEL STREKKENDE OM HET RECHT OP PALLIATIEVE ZORG IN TE VOEREN EN DE PALLIATIEVE ZORGVERLENING TE VERBETEREN (DOC 50 0763/001)

De heer Luc Goutry (CD&V) licht de krachtlijnen van zijn wetsvoorstel toe en vraagt de mening van de minister van Volksgezondheid over zijn voorstel :

1) Het voorstel van de spreker formuleert palliatieve zorgverlening als een basisrecht, dat voortvloeit uit de sociale grondrechten in artikel 23 van de Grondwet. Het kant zich tegen een benadering die palliatieve verzorgen matière de dialogue avec le patient, d'échange d'informations, de manifestation de volonté ne pourrait donc avoir lieu.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) considère que la boîte de Pandore a été ouverte dès lors qu'une discussion sur le thème de l'euthanasie a été acceptée, même si celle-ci n'avait concerné que les patients en phase terminale. Ce n'est pas à la loi qu'il appartient de résoudre les problèmes qui se posent en fin de vie, mais bien aux médecins qui, liés par le serment d'Hippocrate qui les engage à guérir et à assister leurs patients, sont les seuls habilités à prendre toute décision en matière médicale.

Si des actes répréhensibles devaient, dans le cadre de cette pratique médicale, être commis, l'affaire pourrait être portée devant la justice qui dispose de la faculté de prendre en compte toute circonstance concrète pertinente et, le cas échéant, d'appliquer l'excuse de l'état de nécessité.

M. Jacques Germeaux (VLD) souligne, concernant les dépressifs, que la loi parle de personnes qui se trouvent dans une « situation médicale sans issue ». Aucune confusion n'est possible entre les deux catégories de malades.

Concernant la proposition de certains intervenants visant à limiter l'euthanasie aux patients en phase terminale, il faut rappeler que le développement des techniques médicales permet d'une part de déterminer de plus en plus tôt si une maladie est incurable et d'autre part d'allonger l'agonie du patient. Par conséquent, étant donné que la durée de l'agonie dépend des techniques mises en œuvre, il est impossible de dire si un patient est ou non en phase terminale.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) abonde en ce sens et signale que la « phase terminale » peut varier d'un patient à l'autre. Il s'agit donc d'une notion fort subjective, qui peut être vécue différemment par le patient, mais qui dépend de l'appréciation du médecin.

D. EXPOSÉ DE M. GOUTRY SUR SA PROPOSITION DE LOI VISANT À INSTAURER LE DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS PALLIATIFS ET À AMÉLIORER LA PRATIQUE DES SOINS PALLIATIFS (DOC 50 0763/001)

M. Luc Goutry (CD&V) commente les lignes de force de sa proposition et demande à la ministre de la Santé publique de faire part de son avis au sujet de cette proposition :

1) La proposition de loi déposée par l'intervenant vise à reconnaître les soins palliatifs comme droit fondamental, découlant des droits sociaux fondamentaux garantis par l'article 23 de la Constitution. Elle rejette toute ap-

ging niet verbindt met de andere onderdelen van de gezondheidszorg. Een categoriale indeling tussen curatieve geneeskunde enerzijds en palliatieve zorgverlening anderzijds is uit den boze; palliatie is gewoon een bepaalde wijze van aan geneeskunde doen. Geneeskunde moet ten dienste van de mens staan, ook als die mens zich in zijn laatste levensfase bevindt. Palliatieve verzorging wordt in onze gezondheidszorg nog steeds stiefmoederlijk behandeld, wat in een welvarend land als België onaanvaardbaar is.

2) Palliatieve verzorging moet uitgebouwd worden in de RVT's en in de ROB's, wat momenteel nauwelijks het geval is. Op heden worden zwaar zieke bejaarden vaak nog naar ziekenhuizen overgebracht.

3) Palliatieve zorgverlening betreft de totale begeleiding van ongeneeslijk zieken; ook psychologische, sociale en morele zorg maakt er deel van uit. Artsen zijn niet altijd bekwaam tot die totaalzorg omdat velen hun baan als de uitoefening van een louter positief-wetenschappelijke discipline beschouwen. Die benadering volstaat niet voor de begeleiding van stervende mensen.

4) Palliatie moet verplicht aan bod komen in de opleiding van elke arts. Een kandidaat-arts moet gevormd worden in geneeskunde én in zorg.

5) Zorgverstrekkers dienen geherwaardeerd te worden. De geringe belangstelling van de medische sector voor zorg blijkt onder meer uit de lage verloning van verpleegkundigen. Essentieel is dat zorgverstrekkers actief optreden ten opzichte van ongeneeslijke patiënten. Om dat actief optreden te versterken, dient in de euthanasiewet trouwens een « palliatieve filter » te worden ingebouwd.

De spreker overloopt zijn wetsvoorstel artikelsgewijs :

— Artikel 2 voert het recht op palliatieve zorg in. Dat recht moet begrepen worden als één van de concretiseringen van de sociale grondrechten van artikel 23 van de Grondwet.

— Artikel 3 omschrijft het begrip « palliatieve zorg ». Belangrijke elementen in de definitie zijn : actieve en continue zorg, multidisciplinariteit en de rol van vrijwilligers (mantelzorg). In het voorstel blijft palliatieve zorg niet beperkt tot het levenseinde, wat in overeenstemming is met het unanieme standpunt van de commissie voor de Volksgezondheid. Dat belet overigens niet dat bij het eigenlijke levenseinde bijkomende specifieke zorgen noodzakelijk zijn.

— De artikelen 4 en 5 behandelen het thuiszorgforfait. Tot nu toe betaalt wie niet in een ziekenhuis verblijft meer omdat voor palliatieve thuiszorg onvoldoende middelen vrijgemaakt worden. De financiering van palliatieve thuisproche qui ne lierait pas les soins palliatifs aux autres secteurs des soins de santé. Il est exclu d'opérer une distinction entre la médecine curative, d'une part, et les soins palliatifs, d'autre part; les soins palliatifs constituent simplement une manière déterminée d'exercer la médecine. La médecine doit être au service de l'homme, en fin de vie également. Dans un pays prospère comme la Belgique, il est inadmissible que les soins palliatifs soient les parents pauvres des soins de santé.

2) Il s'impose de développer les soins palliatifs dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, ce qui n'est guère le cas actuellement. À l'heure actuelle, les personnes âgées gravement malades sont souvent transférées dans les hôpitaux.

3) Les soins palliatifs représentent l'ensemble de l'assistance proposée aux patients incurables, en ce compris les aspects psychologiques, sociaux et moraux. Les médecins ne sont pas toujours capables de dispenser cet ensemble de soins, nombre d'entre eux considérant leur profession comme l'exercice d'une discipline scientifique positive. Cette approche ne suffit pas pour assister des mourants.

4) Les soins palliatifs doivent obligatoirement figurer dans la formation de tout médecin. Un candidat-médecin doit bénéficier d'une formation à la fois en médecine et en soins.

5) Il convient de revaloriser les prestataires de soins. Le faible niveau des traitements du personnel infirmier témoigne du peu d'intérêt que le secteur médical accorde aux soins. Il est essentiel que les prestataires de soins s'occupent activement de patients incurables. Pour renforcer cette intervention active, il convient du reste de prévoir un « filtre palliatif » dans la loi relative à l'euthanasie.

L'intervenant précise la portée des articles de sa proposition de loi :

— L'article 2 instaure le droit aux soins palliatifs comme droit fondamental de tout être humain. Ce droit constitue un droit social fondamental au sens de l'article 23 de la Constitution.

— L'article 3 définit la notion de « soins palliatifs ». Les éléments essentiels de la définition sont les suivants : il s'agit de soins actifs et continus, impliquant une prise en charge pluridisciplinaire et impartissant un rôle aux bénévoles (soins de proximité). La proposition ne limite pas le recours aux soins palliatifs à la fin de vie, conformément à la position adoptée à l'unanimité par la commission de la Santé publique. Cela n'empêche pas qu'il faille prévoir en outre des soins spécifiques pour accompagner la fin de vie.

— Les articles 4 et 5 traitent de l'intervention forfaitaire pour soins palliatifs. À ce jour, la personne qui n'est pas hospitalisée devra débourser davantage pour bénéficier de soins palliatifs parce que les moyens desti-

zorg, die in de huidige regeling gedurende maximaal twee maanden plaatsvindt, dient daarom verruimd te worden : in het voorstel wordt in financiering voorzien gedurende een periode van maximaal 6 maanden.

— Artikel 6 voorziet in een belangrijkere rol van de huisarts binnen de palliatieve teams. De begeleiding door de huisarts, die met toepassing van het koninklijk besluit van 19 juni 1997 (Koninklijk Besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 augustus 1991 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend in de experimenten inzake palliatieve hulp) gedurende vier uur per week plaatsvindt, dient op acht uur per week te worden gebracht. Omdat de meeste palliatieve teams in belangrijke mate slechts door vrijwilligerswerk kunnen functioneren, vindt die begeleiding in de praktijk overigens al gedurende meer dan vier uur per week plaats.

— De artikelen 7 en 8 voorzien in een uitbreiding van de palliatieve zorgverlening in de RVT's en de ROB's. Momenteel bestaat er enkel een beperkte financiering ten behoeve van de vorming van medewerkers, terwijl ook middelen zouden moeten uitgetrokken worden voor de aanstelling van een palliatief specialist.

— Artikel 9 verbindt palliatieve zorgverlening met de algologische functie van een ziekenhuis. Algologie, de leer van de pijnbestrijding, wordt steeds meer een gespecialiseerd vak en kan gedeeltelijke oplossingen aanreiken voor een goede palliatieve zorg.

— Artikel 10 legt een verbod op honorariumsupplementen op voor behandelingen binnen een specialistische dienst voor palliatieve verzorging.

— Artikel 11 stelt dat palliatieve verzorging niet enkel van belang is bij somatische problemen, maar ook in de geestelijke gezondheidszorg. Meer bepaald dient de palliatieve functie ontwikkeld te worden in de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT's).

De spreker is ervan overtuigd dat zijn wetsvoorstel binnen de krijtlijnen van de federale bevoegdheid blijft. Erkenning van palliatieve teams behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen, maar de normering en de financiering van die teams behoort tot de federale verantwoordelijkheid. Die vaststelling neemt overigens niet weg dat een centralisering van alle bevoegdheden bij de gemeenschappen wenselijk is; dat geldt in het bijzonder voor het ouderenbeleid.

De vertegenwoordiger van de minister repliceert dat de federale overheid via de RIZIV-forfaits nog een rol te spelen heeft in de financiering van RVT's, maar dat de financiering van ROB's volledig onder de verantwoor-

nés aux soins palliatifs à domicile sont insuffisants. La durée de financement des soins palliatifs à domicile qui, dans le régime actuel, est de deux mois maximum, doit dès lors être augmentée. La proposition de loi prévoit que les soins palliatifs seront financés pendant une période de six mois maximum.

— L'article 6 réserve un rôle plus important au médecin généraliste dans le cadre des équipes de soins palliatifs. L'accompagnement des équipes palliatives de soutien par un généraliste, dont la durée, en application de l'arrêté royal du 19 juin 1997 (arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 19 août 1991 fixant les conditions dans lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée dans le coût des expériences de soins palliatifs) était jusqu'à présent limitée à 4 heures/semaine, devrait pouvoir être dispensé pendant 8 heures/semaine. Au demeurant, étant donné que la plupart des équipes de soins palliatifs sont composées dans une large mesure de bénévoles, cet accompagnement a, dans la pratique, une durée supérieure à quatre heures/semaine.

— Les articles 7 et 8 prévoient d'étendre la fonction palliative aux maisons de repos et de soins et aux maisons de repos pour personnes âgées. Actuellement, la réglementation ne prévoit qu'un financement limité pour la formation de collaborateurs, alors qu'il faudrait également prévoir des moyens pour l'engagement d'un spécialiste en soins palliatifs.

— L'article 9 associe soins palliatifs et algologie au sein de l'hôpital. L'algologie, la science du traitement de la douleur, ne cesse de se spécialiser et peut permettre de résoudre certains problèmes et optimaliser ainsi les soins palliatifs prodigués.

— L'article 10 vise à interdire de réclamer aux patients des suppléments d'honoraires pour traitement au sein d'un service de soins palliatifs.

— L'article 11 précise que les soins palliatifs ne sont pas réservés aux problèmes somatiques mais peuvent également être prodigués dans le cadre des soins de santé mentale. Cela implique concrètement le développement de la fonction palliative au sein des maisons de soins psychiatriques.

L'intervenant est convaincu que sa proposition de loi s'inscrit dans les limites des compétences fédérales. Si l'agrément des équipes de soins palliatifs relève des compétences des communautés, la définition des normes relatives à ces équipes et le financement de celles-ci relèvent de la responsabilité fédérale. Cette constatation n'empêche du reste pas qu'il serait opportun de centraliser toutes les compétences au sein des communautés; cela vaut en particulier pour la politique relative aux personnes âgées.

Le représentant de la ministre répond que le pouvoir fédéral a toujours un rôle à jouer dans le financement des maisons de repos et de soins(MRS), par le biais des forfaits INAMI, mais que le financement des mai-

delijkheid van de gemeenschappen ressorteert. De RIZIV-forfaits voor de RVT's werden verhoogd om een palliatieve zorgcultuur ingang te doen vinden. Omwille van dezelfde doelstelling verkiest de minister inspanningen voor de vorming van alle medewerkers boven de aanstelling van een palliatief specialist.

De heer Luc Goutry (CD&V) onderschrijft de opvatting van de minister dat de introductie van een palliatieve zorgcultuur vorming van alle medewerkers noodzakelijk maakt, maar vindt dat daarnaast ook een palliatief specialist nodig is, die de eindverantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van goede palliatieve zorgverlening op zich neemt.

E. BESPREKING

De voorzitter stelt vast dat de term « palliatieve zorg » in het wetsvoorstel van de heer Goutry een ruimere draagwijdte heeft dan in het wetsontwerp dat door de Senaat werd aangenomen. Het ontwerp van de Senaat betreft enkel palliatie bij het levenseinde; de verklaring waarin de Senaat stelt dat het voorstel van de heer Goutry omwille van het ingediende ontwerp zonder voorwerp is, is dus onterecht. Hij stelt daarom voor dat het wetsvoorstel wordt losgekoppeld van het ontwerp en overgezonden wordt aan de commissie voor de Volksgezondheid, waar binnenkort ook het palliatief plan van de minister besproken wordt. Het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg wordt wel best meteen in de commissie voor de Justitie behandeld omdat het onlosmakelijk verbonden is met het wetsontwerp betreffende de euthanasie (DOC 50 1488/001).

Hij stelt ook vast dat het wetsvoorstel op sommige punten het domein van de uitvoeringsbesluiten betreedt. Beseft de heer Goutry dat hij die besluiten niet rechtstreeks door zijn wetsvoorstel kan wijzigen ?

Hij vindt ten slotte dat aan het voorstel een budgettaire nota met een gedetailleerde kostenberekening dient te worden toegevoegd; het kostenplaatje van het voorstel lijkt immers niet verwaarloosbaar. De minister zal niet bereid zijn het voorstel in overweging te nemen indien hij geen zicht heeft op de budgettaire implicaties ervan.

De heer Luc Goutry (CD&V) onderschrijft de suggestie om zijn voorstel los te koppelen van het ontwerp, zodat het grondig kan besproken worden in de commissie voor de Volksgezondheid. Zijn voorstel gaat inderdaad verder dan de invoering van enkele regelingen bij het levenseinde of de explicitering van enkele specifieke patiëntenrechten. Als de wetgever de ambitie heeft om op legistiek vlak goed werk te leveren, is een grondigere bespreking van palliatieve zorgverlening noodzakelijk; dat kan dan het best gebeuren in de commissie voor de

sons de repos pour personnes âgées (MRPA) relève de la compétence des communautés. Les forfaits INAMI pour les MRS ont été augmentés afin de promouvoir une culture de soins palliatifs. C'est avec le même objectif que la ministre préfère consentir des efforts pour la formation de tous les collaborateurs plutôt que de désigner un spécialiste en soins palliatifs.

Si *M. Luc Goutry (CD&V)* souscrit à la conception de la ministre selon laquelle tous les collaborateurs doivent être formés en vue de l'introduction d'une culture de soins palliatifs, il estime cependant qu'il est nécessaire de désigner par ailleurs un spécialiste en soins palliatifs, qui endossera la responsabilité finale du développement de soins palliatifs de qualité.

E. DISCUSSION

Le président constate que, dans la proposition de loi de M. Goutry, les mots « soins palliatifs » ont une portée plus large que dans le projet de loi adopté par le Sénat. Ce dernier porte en effet sur les seuls soins palliatifs de fin de vie, et il est par conséquent inexact de soutenir, comme l'a fait le Sénat, que la proposition de M. Goutry est sans objet, compte tenu du projet déposé. En conséquence, il propose de disjoindre la proposition du projet de loi et de la renvoyer à la commission de la Santé publique, qui débattra bientôt du plan palliatif de la ministre. Quant au projet de loi relatif aux soins palliatifs, il serait préférable qu'il soit débattu d'emblée en commission de la Justice, étant donné qu'il est indissociable du projet de loi relatif à l'euthanasie (DOC 50 1488/001).

Il constate également que la proposition de loi empiète, à certains égards, sur le domaine couvert par les arrêtés d'exécution. M. Goutry est-il conscient que ces arrêtés ne peuvent pas être modifiés directement par sa proposition ?

Enfin, il estime que la proposition doit s'accompagner d'une note budgétaire détaillant les coûts qu'elle va engendrer. La dimension budgétaire de la proposition semble, en effet, ne pas être négligeable, et la ministre ne sera pas disposée à prendre ladite proposition en considération si elle ne connaît pas les implications budgétaires.

M. Luc Goutry (CD&V) accepte que sa proposition soit disjointe du projet de loi à l'examen, de telle sorte qu'elle puisse être examinée en profondeur par la commission de la Santé publique. En effet, sa proposition ne se borne pas à prévoir quelques dispositions pour la fin de vie, ou à expliciter quelques-uns des droits spécifiques des patients. Si le législateur a l'ambition de fournir un travail de qualité sur le plan légistique, il devra examiner plus en profondeur la question des soins palliatifs, et la commission de la Santé publique est l'en-

Volksgezondheid. Om dubbel en incoherent werk te vermijden geeft hij er de voorkeur aan om ook het ontwerp over de palliatieve zorgverlening in die commissie te behandelen. Hij is ervan overtuigd dat het weinig substantiële ontwerp met betrekking tot palliatieve zorg enkel bedoeld is om een schijnbaar evenwicht met het ontwerp met betrekking tot euthanasie tot stand te brengen; het Parlement dient de problematiek op een grondigere wijze te bespreken.

Hij is zich bewust van het feit dat hij met sommige elementen van zijn voorstel het domein van koninklijke of ministeriële besluiten betreedt. Hij wil zich voor een zo belangrijk thema niet beperken tot een vraag, een interpellatie of een resolutie, die minder vaak nuttige effecten sorteren. Hij beseft ook dat sommige punten van zijn wetsvoorstel, dat van 27 juni 2000 dateert, niet meer relevant zijn, bijvoorbeeld het verbod op honoriumsupplementen in artikel 10; de wet van 10 augustus 2001 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg heeft die supplementen al afdoende gereguleerd. Hij zal dan ook de noodzakelijke amendementen op zijn wetsvoorstel indienen.

Het kostenplaatje van het voorstel bedraagt volgens de spreker 1 miljard Belgische frank, wat hij niet als een overdreven dure uitgave beschouwt.

Conform de opmerkingen van de vorige sprekers stelt *mevrouw Yolande Avondroodt (VLD)* voor om aan de Voorzitter van de Kamer te adviseren dat zowel het voorstel van de heer Goutry als haar eigen voorstel van resolutie betreffende de uitwerking van een behoeftengestuurd palliatief plan (DOC 50 0192/001) aan de commissie voor de Volksgezondheid wordt overgezonden. Die commissie beschikt over de nodige expertise en kan daarom het best de krijtlijnen voor een regelgeving uittekenen.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) denkt dat de regering het ontwerp met betrekking tot palliatieve verzorging enkel indiende om de wrevel over het euthanasievoorstel gedeeltelijk weg te nemen. Zij is van oordeel dat het beperktere ontwerp het best in de commissie voor de Justitie wordt aangenomen, maar dat een grondigere discussie moet plaatsvinden in de commissie voor de Volksgezondheid.

De heer Yvan Mayeur (PS) vindt dat het ontwerp betreffende palliatieve verzorging vrij zwak is en op het terrein niets zal veranderen. Om een debat ten gronde over palliatieve zorgverlening mogelijk te maken, is overzending aan de commissie voor de Volksgezondheid inderdaad aangewezen.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) onderschrijft de stelling van de heer Mayeur. Omdat het ontwerp ondermaats is, dient de commissie voor de Volksgezondheid

droit qui s'y prête le mieux. Afin d'éviter que l'on ne fasse deux fois le même travail et d'éliminer toute incohérence, il estime qu'il serait préférable que le projet relatif aux soins palliatifs soit, lui aussi, examiné au sein de cette commission. Il est convaincu que, peu substantiel, le projet relatif aux soins palliatifs a pour seul objectif de créer un semblant d'équilibre avec le projet relatif à l'euthanasie, alors qu'il conviendrait que le parlement consacre un examen plus approfondi à cette question.

Il est conscient que sa proposition empiète, à ces certains égards, sur le domaine couvert par les arrêtés royaux et ministériels. Compte tenu de l'importance du thème abordé, il n'entend toutefois pas se contenter d'une question, d'une interpellation ou d'une résolution, qui sont souvent moins efficaces. Il est également conscient du fait que certains éléments de sa proposition de loi — qui date du 27 juin 2000 — ont perdu de leur pertinence. Ainsi en va-t-il, par exemple, de l'interdiction de réclamer aux patients des suppléments d'honoraires, visée en son article 10, dès lors que la question des suppléments a déjà été réglée d'une manière satisfaisante par la loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé. Il présentera dès lors les amendements nécessaires à sa proposition de loi.

L'intervenant estime que le coût de sa proposition s'élève à 1 milliard de francs belges et que ce montant n'est pas excessif.

S'associant aux observations formulées par les intervenants précédents, *Mme Yolande Avondroodt (VLD)* propose de suggérer au président de la Chambre de renvoyer à la commission de la Santé publique la proposition de M. Goutry, ainsi que sa propre proposition de résolution relative au développement d'un plan de soins palliatifs axés sur les besoins du patient (DOC 50 0192/001). Cette commission dispose en effet de l'expertise requise, et c'est elle qui sera dès lors le mieux à même de définir les lignes de force d'une réglementation portant sur cette matière.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) estime que si le gouvernement a déposé le projet relatif aux soins palliatifs, c'est uniquement pour évacuer partiellement l'amertume suscitée par la proposition relative à l'euthanasie. Elle estime qu'il convient certes que le projet plus restreint soit adopté par la commission de la Justice, mais que ce dernier doit faire l'objet d'un débat plus approfondi en commission de la Santé publique.

M. Yvan Mayeur (PS) estime que le projet relatif aux soins palliatifs est assez faible et qu'il ne changera rien à la situation sur le terrain. Pour que la question des soins palliatifs puisse faire l'objet d'un débat de fond, il est effectivement souhaitable que son examen soit renvoyé à la commission de la Santé publique.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) partage l'avis de M. Mayeur. Le projet étant médiocre, il convient que la commission de la Santé publique l'examine sur le fond, tout

een debat ten gronde te voeren over het ontwerp, het toegevoegde wetsvoorstel en de toegevoegde resolutie.

De vertegenwoordiger van de minister steunt het voorstel tot overzending van het voorstel en de resolutie over palliatieve zorgverlening aan de commissie voor de Volksgezondheid. Dit past in de beleidsoptie van de minister om voldoende aandacht te besteden aan en geld vrij te maken voor palliatie; het ontwerp dient echter in de commissie voor de Justitie behandeld te worden.

De voorzitter besluit dat hij aan de Voorzitter van de Kamer zal vragen om het toegevoegde wetsvoorstel en de toegevoegde resolutie los te koppelen van het ontwerp en over te zenden aan de commissie voor de Volksgezondheid. Het ontwerp betreffende de palliatieve zorg wordt verder behandeld door de commissie voor de Justitie.

F. ANTWOORDEN VAN DE MINISTER VAN JUSTITIE EN REPLIEKEN

De minister van Justitie, de heer Marc Verwilghen stelt dat de bevoegdheid van het parket om misdrijven te vervolgen door het wetsontwerp betreffende de euthanasie (DOC 50 1488/001) niet wordt aangetast. Het voor het parket geldende opportuniteitsbeginsel, dat omschreven wordt in artikel 28*ter,* § 1 van het Wetboek van Strafvordering en dat ook een algemeen rechtsbeginsel is, blijft onverkort van toepassing.

Twee toepassingen van de vervolgingsvrijheid van het parket zijn in het kader van het wetsontwerp denkbaar :

1) Als de door het ontwerp ingestelde Federale Controle- en Evaluatiecommissie (hierna : Commissie) beslist om een geval van toepassing van euthanasie niet aanhangig te maken bij het parket, behoudt het openbaar ministerie de mogelijkheid om zelf een onderzoek te voeren naar de omstandigheden van de toepassing. Het parket kan een opsporingsonderzoek starten op eigen initiatief of na aangifte van een, al dan niet vermeend, misdrijf. De procureur kan het (niet overgezonden) dossier van de Commissie opvragen en desnoods in beslag laten nemen.

2) Anderzijds is het parket geenszins gebonden door het oordeel van de Commissie over de overtreding van de zorgvuldigheidsnormen, zodat het vrij kan beslissen of een overgezonden dossier geseponeerd wordt of tot een strafvordering aanleiding geeft.

De minister verbindt er zich toe om op de eerstvolgende vergadering van het college van procureurs-generaal op 7 maart 2002 een advies te vragen over de implicaties van het wetsontwerp op de bevoegdheid van

comme la proposition de loi et la résolution qui y sont jointes.

Le représentant de la ministre est favorable au renvoi de la proposition et de la résolution concernant les soins palliatifs à la commission de la Santé publique. Ce renvoi est d'ailleurs conforme à l'option politique retenue par la ministre, qui souhaite qu'une attention suffisante et les moyens financiers nécessaires soient consacrés aux soins palliatifs. Le projet doit toutefois être examiné par la commission de la Justice.

Le président conclut en annonçant qu'il demandera au président de la Chambre de disjoindre la résolution et la proposition de loi du projet et de renvoyer ces dernières à la commission de la Santé publique. L'examen du projet relatif aux soins palliatifs est poursuivi en commission de la Justice.

F. RÉPONSES DU MINISTRE DE LA JUSTICE ET RÉPLIQUES DES MEMBRES

M. Marc Verwilghen, ministre de la Justice, renvoie à la note qu'il met à disposition en vue de la rédaction du rapport (voir annexe). Il souligne que le projet de loi relatif à l'euthanasie (DOC 50 1488/001) ne porte pas atteinte au pouvoir du parquet de poursuivre des infractions. Le principe d'opportunité, prévu à l'article 28*ter*, § 1er, du Code d'instruction criminelle et qui est également un principe général de droit, demeure applicable sans restriction.

Deux applications de la liberté de poursuite du parquet sont envisageables dans le cadre du projet de loi relatif à l'euthanasie :

1) Si la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation (dénommée ci-après la commission), créée par le projet, décide de ne pas communiquer un cas d'euthanasie au parquet, le ministère public a toujours la possibilité d'ouvrir lui-même une enquête sur les circonstances de l'application. Le parquet peut ouvrir une information d'initiative ou sur dénonciation d'une infraction, prétendue ou non. Le procureur peut réclamer et, au besoin, faire saisir le dossier (non transmis) de la Commission.

2) D'autre part, le parquet n'est absolument pas tenu de suivre l'appréciation de la commission quant à la violation des critères de rigueur, de sorte qu'il est libre de décider qu'un dossier transmis est classé sans suite ou donne lieu à une action publique.

Le ministre s'engage à demander un avis sur les implications du projet de loi sur les compétences du parquet, lors de la prochaine réunion du collège des procureurs généraux qui aura lieu le 7 mars 2002. Il s'attend

het parket. Hij verwacht dat het advies in de lijn van zijn antwoord zal liggen.

De minister deelt terzake de volgende nota mee :

« Wetsontwerp betreffende de euthanasie — Verhouding tussen de Federale Controle- en Evaluatiecommissie en het openbaar ministerie

Naar aanleiding van de bespreking van huidig wetsontwerp werd de vraag gesteld naar de onafhankelijkheid van het openbaar ministerie ten opzichte van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie.

Artikel 8 van het wetsontwerp stipuleert dat de Federale controle- en evaluatiecommissie, wanneer een tweederde meerderheid van oordeel is dat de wettelijke voorwaarden niet zijn nageleefd, het dossier overmaakt aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

In dat geval staat het de procureur des Konings vrij, gezien in het licht van het opportuniteitsbeginsel in hoofde van het openbaar ministerie, al dan niet tot vervolging over te gaan. Wellicht zal hij in de meeste gevallen een onderzoek beginnen naar de omstandigheden van de euthanasie, maar dit betekent niet dat het oordeel van de Commissie beslissend is. Het is aan het openbaar ministerie om over de opportuniteit van de vervolging een oordeel te vellen.

In omgekeerde zin valt het tevens niet uit te sluiten dat een dossier dat door de Commissie niet overgemaakt werd aan het openbaar ministerie, door de procureur des Konings kan worden opgevraagd en desnoods in beslag kan worden genomen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer het openbaar ministerie uit bepaalde hoek verneemt dat het gaat om een verdacht overlijden.

Deze wet doet immers geen afbreuk aan artikel 28*ter*, § 1 van het Wetboek van Strafvordering, dat stelt dat de procureur des Konings een algemene opsporingsplicht en een algemeen opsporingsrecht heeft. De Federale Controle- en evaluatiecommissie kan niet in de plaats van het openbaar ministerie worden gesteld.

Met andere woorden, en tot conclusie, de algemene regels van het Wetboek van Strafvordering en het algemeen rechtsbeginsel van de opportuniteit van de strafvordering gelden onverkort.

De heer Tony Van Parys (CD&V) stelt dat de betekenis van de voorliggende euthanasieregeling staat of valt met de daadwerkelijke controle op de naleving van de in het ontwerp vermelde zorgvuldigheidsnormen. In de feiten zal de Commissie het vervolgingsbeleid van het parket overnemen : het parket zal niet over onvoldoende informatie beschikken om een autonoom vervolgingsbeleid te voeren en zal weigerachtig staan tegenover een eigen initiatief uit vrees voor de aandacht die zulks kan krijgen in de media. Deze feitelijke beperking van de vervolgingsbevoegdheid van het parket kan een gevaarlijk precedent zijn.

De arts die euthanasie toepast, dient aangifte te doen bij de Commissie, niet bij het parket, dat daardoor een

à ce que cet avis s'inscrive dans le prolongement de sa réponse.

Le ministre communique la note suivante :

Projet de loi relatif à l'euthanasie — Rapports entre la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation et le ministère public

À l'occasion de la discussion du présent projet de loi, la question de l'indépendance du ministère public à l'égard de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation a été soulevée.

L'article 8 du projet de loi stipule que lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation estime que les conditions légales n'ont pas été respectées, elle transmet le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Dans ce cas, le procureur du Roi est libre, vu le principe d'opportunité du chef du ministère public, de poursuivre ou non. Peut-être décidera-t-il dans la plupart des cas d'ouvrir une enquête en ce qui concerne les circonstances de l'euthanasie, mais cela n'implique pas que l'avis de la commission prévale. Il appartient au ministère public de se prononcer sur l'opportunité d'une poursuite.

A l'inverse, il n'est en outre pas à exclure qu'un dossier qui ne soit pas transmis au ministère public par la commission puisse être demandé par le procureur du Roi et être saisi si nécessaire. Cela peut par exemple être le cas lorsque le ministère public apprend d'une certaine source qu'il s'agit d'un décès suspect.

La présente loi ne déroge en effet pas à l'article 28*ter*, § 1, du Code d'Instruction criminelle qui prévoit que le procureur du Roi a un devoir en un droit général d'information. La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation ne peut pas remplacer le ministère public.

En d'autres termes, et en guise de conclusion, les règles générales du Code d'Instruction criminelle et le principe général de droit de l'opportunité de l'action publique s'appliquent dans leur intégralité.

M. Tony Van Parys (CD&V) considère que la réglementation de l'euthanasie à l'examen n'a de sens que s'il existe un contrôle réel du respect des normes de rigueur visées dans le projet. Dans les faits, la Commission se substituera aux parquets en ce qui concerne les poursuites : le parquet ne disposera pas d'informations suffisantes pour intenter des poursuites de manière autonome et rechignera à prendre l'initiative par crainte de la publicité que pourraient en faire les médias. Cette limitation de fait de la compétence du parquet d'intenter des poursuites peut constituer un dangereux précédent.

Le médecin qui pratique une euthanasie doit en faire la déclaration auprès de la Commission et non auprès

marginale rol in de handhaving van de wet betreffende de euthanasie krijgt toebedeeld. De Commissie kan een geval bovendien slechts bij het parket aanhangig maken als in haar schoot een tweederde meerderheid daartoe beslist, waardoor één ideologische stroming of één van beide taalgroepen in de Commissie doorverwijzing naar het parket kan verhinderen.

De spreker citeert uit het rapport van het mensenrechtencomité van de Verenigde Naties over de Nederlandse euthanasiecommissie. Een belangrijke conclusie van het rapport is dat het Nederlandse orgaan niet behoorlijk functioneert : de uitgeoefende controle is niet afdoende en vormt daardoor een aanmoediging voor een bepaald type van criminaliteit. Omdat verschillende facetten van de Nederlandse commissie in het Belgische ontwerp navolging krijgen, kan geredelijk worden aangenomen dat de Commissie in België eveneens slecht zal functioneren. Waarom wil de Belgische wetgever een gelijkaardig orgaan oprichten indien duidelijk is dat het toch geen daadwerkelijke controle zal uitoefenen ?

De belangrijke rol die de Commissie krijgt, is niet alleen problematisch omdat wordt voorbijgegaan aan de fundamentele maatschappelijke rol van het parket, maar ook omdat de Commissie zelf niet onafhankelijk kan zijn door de niet-objectieve wijze waarop de leden worden aangesteld : de Koning benoemt de leden op voordracht van de Senaat, waardoor de mogelijkheid van politisering aanwezig is. De vermelding in het ontwerp dat de leden op grond van pluralistische vertegenwoordiging dienen te worden benoemd, levert geen enkele waarborg op voor de onafhankelijkheid van de Commissie. Wat is overigens de *ratio legis* van de optie om de Commissie op verzuilde wijze samen te stellen ?

De spreker formuleert ten slotte bedenkingen bij het statuut van de Commissie. Wie kan over de objectiviteit van de beslissingen van de Commissie ter verantwoording worden geroepen ? Op welke wijze kan het Parlement haar controlerecht uitoefenen ? Vermoedelijk kan de minister van Justitie over de Commissie niet worden geïnterpelleerd omdat de leden van de Commissie niet door hem worden benoemd.

Over alle door het lid vermelde problemen dient het advies van het college van procureurs-generaal te worden ingewonnen. Het Parlement dient te weten in welke mate het college aanvaardt dat haar vervolgingsbeleid wordt beïnvloed door (een minderheid in) de Commissie.

De heer Fred Erdman (SP.A) verbaast zich over de klaarblijkelijke veronderstelling van de heer Van Parys dat de artikelen 28*bis* tot en met 28*septies* van het Wetboek van Strafvordering door het ontwerp buiten werking worden gesteld. Er is geen enkele reden om aan te nemen dat die artikelen over de vervolgingsbevoegdheid van het openbaar ministerie niet hun volle gelding zouden behouden. De Commissie is overigens geen uitzondu parquet, qui se voit ainsi attribuer un rôle marginal dans le cadre du contrôle du respect de la loi relative à l'euthanasie. En outre, la Commission ne peut saisir le parquet d'un cas que si, en son sein, une majorité de deux tiers le décide, ce qui fait qu'un seul courant idéologique ou un des deux groupes linguistiques au sein de la Commission peut empêcher le renvoi au parquet.

L'intervenant cite le rapport du comité des droits de l'homme des Nations unies sur la commission de l'euthanasie néerlandaise. L'une des conclusions importantes du rapport est que l'organe néerlandais ne fonctionne pas correctement : le contrôle exercé n'est pas suffisant et constitue ainsi une incitation à une forme déterminée de criminalité. Étant donné que plusieurs facettes de la commission néerlandaise ont été reproduites dans le projet belge, on peut raisonnablement considérer que la Commission belge ne fonctionnera pas davantage correctement. Pourquoi le législateur belge veut-il dès lors créer un organe semblable, s'il est clair que celui-ci n'exercera de toute façon pas un contrôle réel ?

Le rôle important qui est conféré à la Commission est problématique non seulement du fait qu'il est fait abstraction du rôle social fondamental que joue le parquet, mais aussi du fait que la Commission elle-même ne peut être indépendante, compte tenu de la manière non objective dont ses membres sont désignés : le Roi nomme les membres sur présentation du Sénat, le risque de politisation étant dès lors réel. La disposition du projet qui prévoit que les membres doivent être nommés en veillant à assurer une représentation pluraliste n'offre aucune garantie quant à l'indépendance de la Commission. Quelle est d'ailleurs la *ratio legis* de la décision de constituer la Commission en assurant la représentation des différents piliers ?

L'intervenant formule enfin des observations à propos du statut de la Commission. Qui peut être amené à rendre compte de l'objectivité des décisions de la Commission ? De quelle manière le Parlement peut-il exercer son droit de contrôle ? On peut supposer qu'aucune interpellation relative à la Commission ne peut être adressée au ministre de la Justice, étant donné qu'il ne nomme pas les membres de ladite Commission.

L'avis du collège des procureurs généraux doit être demandé à propos de tous les problèmes évoqués par le membre. Le Parlement doit savoir dans quelle mesure le collège accepte que sa politique de poursuite soit influencée par (une minorité de) la Commission.

M. Fred Erdman (SP.A) s'étonne que M. Van Parys suppose visiblement que le projet déroge aux articles 28*bis* à 28*septies* du Code d'instruction criminelle. Il n'y a aucune raison de supposer que ces articles relatifs au droit qu'a le ministère public de poursuivre ne continuent à s'appliquer dans leur intégralité. La Commission ne constitue d'ailleurs pas un phénomène d'exception : au sein de divers groupes professionnels, cer-

derlijk verschijnsel : binnen diverse beroepsgroepen worden sommige dossiers behandeld door de toezichthoudende overheid van die beroepsgroep. Die toezichthoudende overheid kan beslissen om een geval aanhangig te maken bij het parket, dat daarnaast haar autonome bevoegdheid om op te treden onverminderd kan uitoefenen. Indien het parket door een dossier wordt gevat op een andere wijze dan door aanhangigmaking door de Commissie, dan dient het de Commissie om advies te vragen over het dossier, tenminste voor zover de Commissie de casus besproken heeft (als dat niet het geval is, heeft de arts die euthanasie toepaste verzuimd zijn aangifteplicht na te komen, waardoor hij zich blootstelt aan vervolging).

De Senaat heeft er in haar ontwerp voor geopteerd om diverse actoren van verschillende levensbeschouwelijke en filosofische strekkingen in de Commissie op te nemen. Die samenstelling maakt dat de besluitvorming in de Commissie niet altijd op eenvoudige wijze zal verlopen, maar ze is onvermijdelijk omwille van het gevoelige karakter van de materie.

De spreker merkt op dat de kritiek van het mensenrechtencomité van de Verenigde Naties op de functioneringswijze van de Nederlandse euthanasiecommissie door de Nederlandse regering formeel wordt betwist en dat er daarom geen gevolg aan werd verleend.

Het Parlement kan controle uitoefenen op de Commissie door een debat te voeren over en besluiten te trekken uit het periodieke rapport dat de Commissie aan beide Kamers dient te bezorgen; er kan overigens op worden gewezen dat de volksvertegenwoordigers zelden vragen om de agendering van evaluatierapporten (zoals dat van de evaluatiecommissie voor de abortusproblematiek). De Commissie is ook niet onaantastbaar op strafrechtelijk vlak : indien binnen de Commissie onaanvaardbare praktijken zouden plaatsvinden, kan het parket een strafvordering instellen.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) is gekant tegen de verzuilde samenstelling van de Commissie. Zij onderschrijft de stelling dat de bevoegdheid van het parket door het ontwerp niet wordt beperkt.

De spreekster vindt dat de belangrijkste taak van de Commissie erin bestaat het Parlement informatie te verschaffen over de evolutie van het maatschappelijke gegeven euthanasie; controle op de naleving van de zorgvuldigheidsregels in individuele gevallen is daarentegen niet de voornaamste opdracht van de Commissie.

Verdwijnt de bezorgdheid van de heer Van Parys indien de meerderheid van twee derden in de Commissie, die vereist is voor aanhangigmaking van een euthanasietoepassing bij het parket, wordt vervangen door een gewone meerderheid ? Waarom hebben de indieners van het ontwerp overigens geopteerd voor een bijzondere meerderheid ?

tains dossiers sont traités par le pouvoir de tutelle de ce groupe professionnel. Ce pouvoir de tutelle peut décider de soumettre un cas au parquet, qui peut ensuite exercer pleinement son pouvoir autonome de poursuivre. S'il n'a pas été saisi par la Commission, le parquet doit demander l'avis de celle-ci sur le dossier en question, du moins si la Commission a discuté du cas (dans la négative, le médecin qui a pratiqué l'euthanasie a omis de respecter son devoir de déclaration, s'exposant ainsi à des poursuites).

Dans son projet, le Sénat a décidé de reprendre au sein de la Commission divers acteurs des différents courants philosophiques et idéologiques. Cette composition permet de ne pas toujours prendre des décisions au sein de la Commission de la même manière, mais en fonction inévitablement du caractère sensible de la matière proprement dite.

L'intervenant fait observer que le gouvernement néerlandais conteste formellement la critique exprimée par le comité pour les droits de l'homme des Nations unies à l'égard du fonctionnement de la commission néerlandaise de l'euthanasie et qu'en conséquence, aucune suite n'y a été donnée.

Le Parlement peut exercer un contrôle sur la Commission en organisant un débat et en prenant des décisions concernant le rapport périodique que la Commission est tenue de transmettre aux deux Chambres. On peut d'ailleurs souligner que les représentants de la Nation s'interrogent rarement sur l'inscription à l'ordre du jour des rapports d'évaluation (tels que celui de la commission d'évaluation sur la problématique de l'avortement). La Commission n'est pas non plus inattaquable sur le plan pénal : si, au sein de la Commission, des pratiques inadmissibles sont commises, le parquet peut engager une procédure pénale.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) est opposée à une composition pilarisée de la Commission. Elle souscrit à la thèse selon laquelle la compétence du parquet n'est pas limitée par le projet de loi.

L'intervenante estime que la principale tâche de la Commission consiste à fournir des informations au Parlement sur l'évolution de la donnée sociale relative à l'euthanasie. En revanche, le contrôle sur le respect des règles de soins dans des cas particuliers ne constitue pas la principale tâche de la Commission.

L'inquiétude de M. Van Parys disparaît-elle si, au sein de la Commission, la majorité des deux tiers, requise pour la saisine de l'application d'une intervention euthanasique auprès du parquet, est remplacée par une majorité simple ? Pourquoi les auteurs du projet de loi ont-ils opté pour une majorité spéciale ?

Functioneert de evaluatiecommissie voor de abortusproblematiek op dezelfde wijze als de euthanasiecommissie uit het ontwerp ?

De minister en de voorzitter verduidelijken dat de evaluatiecommissie voor abortus jaarlijks een evaluatierapport opstelt en zich niet uitlaat over de toepassing van abortus in individuele gevallen; het voorliggende ontwerp verleent de Federale Controle- en Evaluatiecommissie voor euthanasie dus een ruimere bevoegdheid.

In tegenstelling tot mevrouw Van de Casteele vindt *de heer Tony Van Parys (CD&V)* dat de Commissie wel degelijk een belangrijke taak heeft in de beoordeling van individuele gevallen. De Commissie dient zich een oordeel te vormen op grond van door een arts aangereikte informatie en beslist vervolgens over aanhangigmaking bij het parket; ze vormt dus een belangrijke sluis tussen arts en parket.

De wetgever moet er alles aan doen opdat misbruiken in de toekomst worden vermeden; de politieke wijze van aanstelling van de leden en de invoering van een bijzondere meerderheid als voorwaarde voor aanhangigmaking leveren op dat vlak risico's op, ook al heeft de spreker geen negatieve vooringenomenheid ten opzichte van (sommige beroepsgroepen in) de Commissie.

Het door de Commissie op te stellen periodiek rapport zal voor het Parlement niet voldoende informatie opleveren en is dus geen nuttig instrument voor de opsporing van problemen. Hoe kunnen de Kamers aan bijkomende informatie geraken ?

De heer Hugo Coveliers (VLD) meldt dat naar verwachting 3 % tot 4 % van de overlijdens onder de wet betreffende de euthanasie zal ressorteren.

De spreker stelt dat de Senaat een bijzondere meerderheid in het ontwerp heeft ingeschreven omdat het onwenselijk werd geacht dat binnen de Commissie ofwel de groep van de artsen, ofwel de groep van de niet-artsen zou kunnen beslissen tot doorverwijzing naar het parket, tegen de wil van de andere groep in; de overtuiging in de Senaat was dat van elke groep minstens enkele leden moeten instemmen met de aanhangigmaking. Indien in het ontwerp een andere keuze was gemaakt, met name de rechtstreekse melding van elke toepassing van euthanasie aan het parket, dan zou een arts telkenmale het gevoel hebben dat hij zich blootstelt aan strafrechtelijke vervolging, wat voor hem in een te zware psychische belasting zou resulteren.

De oprichting van de Commissie is noodzakelijk door de « economie » van de wet. Indien de Senaat had geopteerd voor een inschrijving van het misdrijf van euthanasie in de strafwet, waarbij de omschrijving van dat misdrijf zou worden gevolgd door rechtvaardigingsgronden, was de Commissie niet nodig geweest. Omdat het voor-

La Commission d'évaluation sur la problématique de l'avortement fonctionne-t-elle de la même manière que la Commission sur l'euthanasie prévue par le projet ?

Le ministre et le président précisent que, pour l'avortement, un rapport d'évaluation annuel est établi par une commission d'évaluation qui ne se prononce pas sur l'application de l'avortement dans les cas individuels; le projet à l'examen attribue donc à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation pour l'euthanasie une compétence plus large.

Au contraire de Mme Van de Casteele, *M. Tony Van Parys (CD&V)* estime que la Commission est bel et bien investie de la mission importante de juger les cas individuels. La Commission doit se forger un avis sur la base des informations communiquées par le médecin et décide ensuite de saisir ou non le parquet; elle constitue donc un filtre important entre le médecin et le parquet.

Le législateur doit tout mettre en œuvre afin d'éviter les abus; la désignation des membres de la Commission selon une procédure politique et l'obligation de réunir une majorité spéciale pour saisir le parquet présentent des risques, même si l'intervenant ne nourrit aucun *a priori* négatif à l'égard de (certaines professions au sein de) la Commission.

Le rapport périodique qui devra être établi par la Commission ne fournira pas suffisamment d'informations au Parlement et ne sera donc pas un instrument utile à l'identification des problèmes. Comment les Chambres peuvent-elle accéder à de plus amples informations ?

M. Hugo Coveliers (VLD) indique que, selon toute attente, 3 % ou 4 % des décès relèveront du champ d'application de la loi relative à l'euthanasie.

L'intervenant fait observer que si le Sénat a prévu une majorité spéciale dans le projet, c'est parce qu'il a estimé qu'il n'était pas souhaitable que soit le groupe de médecins, soit le groupe de non-médecins puisse, au sein de la Commission, décider seul de déférer l'affaire au parquet, contre la volonté de l'autre groupe; le Sénat était convaincu qu'au moins quelques membres de chaque groupe devaient approuver la saisine du parquet. Si un autre choix était retenu dans le projet, à savoir l'information directe du parquet de chaque euthanasie pratiquée, les médecins auraient chaque fois le sentiment de s'exposer a des poursuites pénales, ce qui leur imposerait une trop lourde charge psychique.

La création de la Commission est nécessaire pour l'« économie » de la loi. Si le Sénat avait choisi d'ériger l'euthanasie en infraction pénale en faisant suivre la définition de l'infraction d'une série de causes d'excuse, la Commission n'aurait pas été nécessaire. Étant donné que le projet à l'examen ne modifie pas la loi pénale, il

liggende ontwerp de strafwet echter ongemoeid laat, was de inbouwing van een buffer tussen de arts en de instantie die de strafwet doet naleven onmisbaar.

De Commissie heeft niet als opdracht een heksenjacht te organiseren. Slechts als wordt vermoed dat de zorgvuldigheidsregels niet werden nageleefd, kan de Commissie beslissen om de anonimiteit van het eerste gedeelte van het registratiedocument op te heffen; in een volgende stap kan ze beslissen tot aanhangigmaking bij het parket.

De spreker deelt de overtuiging van mevrouw Van de Casteele over de opdracht van de Commissie : het Parlement moet uit het rapport beleidsconclusies trekken, maar mag niet in de beoordeling van individuele gevallen treden.

De minister van Justitie is niet verantwoordelijk voor de beslissingen van de Commissie. Wie misbruiken in de Commissie vaststelt, kan daarvan aangifte doen bij het parket of kan de minister vragen gebruik te maken van zijn positief injunctierecht.

De heer Fred Erdman (SP.A) vermeldt dat zijn eigen, ingetrokken voorstel met betrekking tot euthanasie voorzag in een rechtstreekse aangifte door de arts bij het parket en bij de burgerlijke stand. Deze piste werd verlaten omdat werd gevreesd voor een aantasting van de persoonlijke levenssfeer en omdat telkens opnieuw minstens een opsporingsonderzoek zou moeten worden gevoerd. De invoering van een sluis tussen arts en parket, in de vorm van de Commissie, werd om die redenen wenselijk geacht. De Raad van State maakte over de te verwachten werking van de Commissie overigens geen enkele opmerking.

De bijzondere meerderheid als voorwaarde voor aanhangigmaking heeft als doel een zo breed mogelijke consensus te laten bereiken over de vraag of de zorgvuldigheidsnormen werden overtreden in de context waarbinnen de euthanasietoepassing plaatsvond.

De heer Tony Van Parys (CD&V) vindt niet dat het bestaan van de Commissie wordt verantwoord door de eis van anonimiteit. De persoonlijke levenssfeer wordt gevrijwaard door de opsplitsing in een anoniem gedeelte (waarin zich de persoonsgegevens bevinden) en een niet-anoniem gedeelte.

De spreker vindt dat het Parlement in de toekomst een standpunt moet kunnen bepalen over het te voeren vervolgingsbeleid met betrekking tot de toepassing van euthanasie; het evaluatierapport is geen geschikt instrument om dergelijke evaluatie te maken. Om zijn rol volwaardig te kunnen spelen, moet de wetgever wel degelijk zicht krijgen op de beslissingen van de Commissie in individuele gevallen; naast gerechtelijke controle moet ook parlementaire controle mogelijk zijn.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) stelt vast dat in het Parlement zelden wordt gediscussieerd over evaluatierapporten. Daarnaast is ze van mening dat de Commissie zowel in de beoordeling van individuele gevallen

était indispensable de créer un tampon entre le médecin et l'instance chargée de faire appliquer la loi pénale.

La Commission n'a pas pour mission d'organiser une chasse aux sorcières. Ce n'est que si l'on soupçonne un cas de non-respect des critères de rigueur qu'elle peut décider de lever l'anonymat du premier volet du document d'enregistrement; dans une phase ultérieure, elle peut décider de saisir le parquet.

L'intervenant partage l'avis de Mme Van de Casteele au sujet de la mission de la Commission : le Parlement doit tirer des conclusions politiques des rapports qu'elle lui transmettra, mais il ne peut pas formuler d'appréciation au sujet de cas individuels.

Le ministre de la Justice n'est pas responsable des décisions de la Commission. Celui qui constatera des abus au sein de la Commission devra les dénoncer au parquet ou bien le ministre pourra faire usage de son droit d'injonction positive.

La proposition de loi relative à l'euthanasie, entretemps retirée, de *M. Fred Erdman (SP.A)* prévoyait que le médecin faisait une déclaration au parquet et aux services de l'état civil. Cette piste a été abandonnée parce que l'on craignait de porter ainsi atteinte à la vie privée et parce qu'il faudrait procéder chaque fois à une information. On a estimé qu'il était souhaitable d'instaurer un « sas » entre le médecin et le parquet, à savoir la Commission. Le Conseil d'État n'a du reste formulé aucune observation au sujet du fonctionnement prévisible de la Commission.

La majorité spéciale requise pour saisir le parquet a pour but de permettre l'établissement d'un consensus aussi large que possible sur la question de savoir si les normes de rigueur ont été enfreintes dans le contexte dans lequel a eu lieu l'intervention euthanasique.

M. Tony Van Parys (CD&V) considère que l'existence de la Commission ne se justifie pas par l'exigence de l'anonymat. Le respect de la vie privée est garanti par la scission en une partie anonyme (dans laquelle se trouvent les données à caractère personnel) et une partie non anonyme.

L'intervenant estime qu'à l'avenir, le Parlement doit pouvoir adopter un point de vue sur la politique à mener en matière de poursuites dans le cadre de l'euthanasie : le rapport d'évaluation ne constitue pas un instrument adéquat à cet effet. Pour pouvoir jouer pleinement son rôle, le législateur doit pouvoir se faire une idée précise sur les décisions prises par la Commission dans les cas individuels; outre le contrôle judiciaire, un contrôle parlementaire doit également être possible.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) constate qu'au Parlement, les rapports d'évaluation ne sont que rarement examinés. Elle estime par ailleurs que la Commission a un rôle à jouer tant dans l'appréciation des cas indivi-

als in de opstelling van een evaluatierapport een rol te spelen heeft.

De heer Jacques Germeaux (VLD) vindt dat de rapporten van de Commissie het Parlement vooral dienstig kunnen zijn bij de opsporing van tendenzen, die tot een aanpassing van het beleid kunnen nopen. Individuele dossiers daarentegen horen niet thuis in een jaarrapport.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) kant zich tegen de ontworpen regeling met betrekking tot de Commissie. De verdedigers van het ontwerp lijken te vinden dat omwille van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer controle op de beslissingen van de Commissie onmogelijk moet worden gemaakt. Indien men ervan uitgaat dat het ontwerp duidelijk aangeeft in welke gevallen de toepassing van euthanasie toelaatbaar wordt geacht, waarom leeft er dan zo veel angst voor controle op en informatie over de beslissingen van de Commissie ? Nu reeds kan worden voorspeld dat de Commissie bijna altijd zal concluderen dat de toepassing van euthanasie correct verlopen is, zelfs als artsen wel degelijk op ongeoorloofde wijze zouden hebben opgetreden.

De spreekster wijst op het feit dat de vergelijking met de commissie die werd opgericht naar aanleiding van de depenalisering van abortus niet helemaal opgaat : in tegenstelling tot de euthanasiecommissie, die ook een controletaak in individuele gevallen heeft, is de abortuscommissie enkel een evaluatiecommissie. De rapporten van de evaluatiecommissie voor abortus brengen bovendien geen betrouwbare gegevens aan omdat artsen niet verplicht zijn de uitvoering van abortus aan die commissie te melden. Aangifte van de toepassing van euthanasie wordt wel opgelegd, maar dat belet niet dat sommige artsen zullen trachten te ontsnappen aan die aangifteplicht.

De vergelijking tussen de twee commissies gaat wel gedeeltelijk op. De bedoeling van beide organen is namelijk vooral dat belangrijke maatschappelijke vraagstukken uit de openbare discussie worden geweerd. De commissies worden als verantwoording gebruikt voor een weigering van het debat : men richt een buffer op, waardoor niemand nog zicht kan krijgen op onaanvaardbare praktijken. De spreekster haalt een voorbeeld uit eigen ervaring aan : toen ze een volgens haar onwettig uitgevoerde abortus aanhangig maakte bij de bevoegde rechtbank, werd de zaak niet ten gronde behandeld met als enige verantwoording dat ze geen persoonlijk belang kon aantonen. Ze wijst er ten slotte op dat het taboe op moeilijke ethische problemen als abortus en euthanasie in het leven wordt geroepen door de verdedigers van de politieke correctheid, niet door de (zogenaamde) conservatieven.

De heer Hugo Coveliers (VLD) is van mening dat mevrouw Colen twee zaken door elkaar haalt : handelen als privé-persoon enerzijds en handelen als lid van de wetgevende macht anderzijds. Enerzijds kan ze als

duels que dans l'établissement d'un rapport d'évaluation.

M. Jacques Germeaux (VLD) considère que les rapports de la Commission peuvent surtout être utiles au Parlement pour identifier les tendances qui peuvent déboucher sur une adaptation de la politique. Les dossiers individuels n'ont en revanche pas leur place dans un rapport annuel.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) s'oppose au régime prévu pour la Commission. Les défenseurs du projet semblent vouloir invoquer la protection de la vie privée pour empêcher tout contrôle des décisions de la Commission. Si l'on considère que le projet détermine clairement dans quels cas la pratique de l'euthanasie est considérée comme acceptable, pourquoi craindre à ce point la possibilité que l'on puisse contrôler les décisions de la Commission et demander un complément d'information à leur propos ? Dès à présent, on peut prédire que la Commission arrivera presque toujours à la conclusion que l'intervention euthanasique s'est déroulée correctement, même si les médecins ont bel et bien agi d'une manière non autorisée.

L'intervenante souligne que la comparaison avec la commission créée à la suite de la dépénalisation de l'avortement n'est pas tout à fait pertinente : la commission « avortement » n'est qu'une commission d'évaluation, alors que la commission « euthanasie » a également une mission de contrôle dans des cas individuels. Qui plus est, les rapports de la commission d'évaluation sur l'avortement ne fournissent pas de chiffres fiables, les médecins n'étant pas obligés de signaler les avortements à cette commission. En revanche, les cas d'application de l'euthanasie devront être signalés, ce qui n'empêchera pas toutefois que certains médecins tenteront d'échapper à cette obligation de déclaration.

La comparaison entre les deux commissions est toutefois partiellement pertinente. Le but essentiel de ces deux organes est en effet d'écarter du débat public certaines grandes questions de société. On se sert des commissions comme alibi pour refuser le débat : on crée un tampon, de sorte qu'il n'y a plus aucune visibilité sur des pratiques inacceptables. L'intervenante cite un exemple tiré de sa propre expérience : alors qu'elle avait saisi le tribunal compétent d'un avortement, selon elle, illégal, l'affaire n'a pas été examinée sur le fond au seul motif qu'elle ne pouvait justifier d'un intérêt personnel. Enfin, elle souligne que les tabous frappant des problèmes éthiques délicats tels que l'avortement et l'euthanasie sont créés par les défenseurs du « politiquement correct », et non par les « conservateurs ».

M. Hugo Coveliers (VLD) estime que Mme Colen mélange deux choses : agir en tant que particulier, d'une part, et agir en tant que membre du pouvoir législatif, d'autre part. D'une part, elle peut naturellement dénon-

particulier uiteraard aangifte doen van een in haar ogen strafbaar feit. Indien ze zich bovendien burgerlijke partij stelt én een persoonlijk en rechtstreeks belang kan aantonen, is het parket verplicht om te vervolgen. In de andere gevallen (klacht zonder burgerlijke partijstelling of de aangifte van een feit waarvoor geen persoonlijk belang kan worden aangetoond) geldt het opportuniteitsbeginsel : het parket mag vrij beslissen of de strafvordering wordt ingesteld. Anderzijds heeft ze als lid van de wetgevende macht recht op informatie over de wijze waarop regelgeving wordt toegepast. Dat recht op informatie strekt zich echter niet uit tot individuele gevallen : in individuele zaken dient het parket op te treden, niet de wetgever.

Het is niet nodig dat het parket zich over elke toepassing van euthanasie buigt : als de zorgvuldigheidsregels worden nageleefd, is er geen strafbaar feit en is er dus geen rol weggelegd voor het parket. Indien om het even wie misbruiken in de commissie zou vaststellen, kan die persoon daarvan aangifte doen op grond van bevoegdheidsafwending in hoofde van leden van de Commissie. Overigens is elk geval dat door het parket wordt nagetrokken een uitbreiding van de controle in vergelijking met de huidige situatie, waar buiten elke wettelijkheid om toepassingen van euthanasie plaatsvinden. De rechtsfiguur van de Commissie, die een vorm van gewapend bestuur invoert, levert op het vlak van de handhaving van het strafrecht waarborgen op die in andere domeinen niet bestaan.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) wijst erop dat het feit dat in Nederland niet wordt ingegaan op twee derden van de euthanasievragen mede kan verklaren waarom een zaak zelden naar het parket wordt doorverwezen. De wettelijke regeling van euthanasie bij onze noorderburen heeft er dus niet toe geleid dat levensbeëindiging aanvaardbaar wordt geacht in alle mogelijke situaties; in België zal de praktijk naar alle waarschijnlijkheid in dezelfde richting tenderen.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vindt dat de vorige spreekster argumenten aanhaalt ten voordele van een systeem van voorafgaande controle, dat in Nederland bestaat, maar in het voorliggende wetsontwerp ontbreekt. Doordat artsen in het ontwerp hun euthanaserend handelen niet vooraf hoeven te verantwoorden, is er een reële kans dat ze vaker dan in Nederland op de euthanasievraag van een patiënt zullen ingaan.

Corruptie in de schoot van de Commissie zal men niet licht kunnen aantonen omdat in het ontwerp de zorgvuldigheidsregels vaag worden omschreven en dus multi-interpretabel zijn. Bewijzen van een verkeerde interpretatie van de wet door de Commissie kunnen maar op overtuigende wijze worden geleverd indien de arts een antwoord moet formuleren op verschillende concrete vragen en de beslissing van de Commissie daardoor echt toetsbaar wordt, wat in het ontwerp niet het geval is.

cer, en tant que particulier, un fait punissable à ses yeux. Si, en outre, elle se constitue partie civile et peut justifier d'un intérêt personnel et direct, le parquet est obligé de poursuivre. Dans les autres cas (plainte sans constitution de partie civile ou dénonciation d'un fait sans qu'il y ait intérêt personnel), c'est le principe d'opportunité qui s'applique : le parquet décide librement d'exercer ou non l'action publique. D'autre part, elle a le droit, en tant que membre du pouvoir législatif, d'être informée sur la manière dont la réglementation est appliquée. Cependant, ce droit à l'information ne s'étend pas aux cas individuels : dans les cas individuels, c'est au parquet, et non au législateur, qu'il appartient d'intervenir.

Il n'est pas nécessaire que le parquet examine chaque application de l'euthanasie : lorsque les critères de rigueur sont respectés, il n'y a pas de fait punissable et le parquet n'a pas à intervenir. Quiconque constaterait des abus au sein de la commission pourrait les dénoncer en raison d'un détournement de pouvoir dans le chef des membres de la Commission. Chaque cas contrôlé par le parquet représente du reste une extension du contrôle par rapport à la situation actuelle, dans laquelle l'euthanasie est pratiquée en dehors de toute légalité. La forme juridique de la Commission, qui introduit une forme d'administration forte, apporte des garanties, en matière de respect du droit pénal, qui n'existent pas dans d'autres domaines.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) fait observer que le fait qu'il n'est pas accédé à deux tiers des demandes d'euthanasie aux Pays-Bas peut notamment expliquer qu'il est rare qu'une affaire soit transmise au parquet. Chez nos voisins néerlandais, la légalisation de l'euthanasie n'a pas eu pour effet que l'interruption de vie soit considérée comme acceptable dans toutes les situations possibles; en Belgique, la pratique suivra très probablement une évolution similaire.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) estime que l'intervenante précédente avance des arguments en faveur d'un système de contrôle préalable, qui existe aux Pays-Bas, mais qui fait défaut dans le projet à l'examen. Le projet ne prévoyant pas que les médecins devront justifier préalablement leur acte d'euthanasie, le risque est réel qu'ils accèdent plus souvent à la demande d'un patient que cela ne se fait aux Pays-Bas.

Il ne sera guère aisé de démontrer la corruption au sein de la Commission, étant donné que le projet reste vague dans la définition des critères de rigueur, qui sont donc sujets à de multiples interprétations. On ne pourra prouver de façon convaincante que la Commission a commis des erreurs d'interprétation de la loi que si le médecin doit répondre à différentes questions concrètes permettant de contrôler réellement la décision de la Commission, ce qui n'est pas prévu dans le projet.

Hij denkt dat controle op de beslissingen van de Commissie niet mogelijk zal zijn. Om allerlei redenen, die niets met de beoordeling van de naleving van de voorwaarden in de wet te maken hebben, kan een minderheid de overzending aan het parket verhinderen. Zo kunnen leden van de Commissie van oordeel zijn dat aanhangigmaking bij het parket naar verhouding een te verstrekkende stap is, waardoor problematische toepassingen van euthanasie in de doofpot worden gestopt. Het is evenmin uitgesloten dat Franstaligen of Vlamingen, om een in de media breed uitgesmeerd schandaal te vermijden, zullen willen vermijden dat delicate gevallen uit de eigen regio in de openbaarheid komen. In de praktijk zal de Commissie slechts in zeer uitzonderlijke gevallen beslissen tot een doorverwijzing naar het parket.

Het parket moet zelf kunnen nagaan of de Commissie haar taak voldoende en op de juiste wijze ter harte neemt; daarom moet de procureur rechtstreeks toegang hebben tot de dossiers die door de Commissie worden behandeld. De spreker heeft begrip voor de optie om aan de persoonsgebonden informatie anonimiteit te verlenen, maar hij pleit er wel voor dat het rapport, dat in eerste instantie eventueel gedeeltelijk geanonimiseerd wordt, aan het parket ter beschikking wordt gesteld.

De heer Fred Erdman (SP.A) wijst erop dat het wetsontwerp niet in het minst een vrijgeleide geeft aan artsen die verzuimen aangifte te doen van een toepassing van euthanasie, wat de heer Laeremans en mevrouw Colen ook mogen beweren. Indien men zeer vele precieze regels in de wet zou inschrijven, blijft er onvoldoende ruimte over voor tegemoetkoming aan de wens van de patiënt en zal de arts sommige verantwoordbare handelingen niet meer kunnen stellen. Hij beklemtoont dat de huidige toestand, waarin elke wettelijke basis voor euthanasie ontbreekt, tot misbruiken leidt; zelfs levensbeëindiging zonder toestemming van de betrokkene komt nu voor. Het voorliggende ontwerp stelt paal en perk aan die misbruiken en beperkt dus in de praktijk de beslissingsmacht van de arts.

De benadering van de heer Van Parys beoordeelt de spreker positiever : er spreekt bezorgdheid uit over de positie van de Commissie binnen het strafrechtelijk beleid en over de implicaties van die positie op het optreden van het parket. Over dat vraagstuk kan verder worden gedebatteerd wanneer het advies van het college van procureurs-generaal ter beschikking van het Parlement zal zijn.

Il estime qu'il sera impossible de contrôler les décisions de la Commission. Une minorité des membres peut empêcher la transmission d'un dossier au parquet pour une multitude de raisons sans aucun rapport avec le respect des conditions prévues par la loi. C'est ainsi que des membres de la Commission pourront estimer que la saisine du parquet serait une démarche disproportionnée et c'est ainsi que des cas d'euthanasie qui poseraient problème seraient classés sans suite. Il n'est pas non plus exclu que des francophones ou des Flamands, pour éviter un scandale de grande envergure dans les médias, voudront éviter que des cas délicats soient rendus publics hors de leur région. Dans la pratique, ce n'est que dans des cas exceptionnels que la Commission décidera de transmettre le dossier au parquet.

Le parquet doit pouvoir vérifier lui-même si la Commission prend sa mission suffisamment à cœur et l'exerce correctement. C'est la raison pour laquelle le procureur peut avoir directement accès aux dossiers traités par la Commission. L'intervenant comprend que l'on ait choisi de faire en sorte que les données à caractère personnelle restent anonymes, mais il préconise que le rapport, éventuellement rendu partiellement anonyme dans un premier temps, soit mis à la disposition du parquet.

M. Fred Erdman (SP.A) fait observer que, quoi qu'en disent M. Laeremans et Mme Colen, le projet de loi n'accorde absolument pas l'impunité aux médecins qui négligent de faire une déclaration lorsqu'ils pratiquent l'euthanasie. Si l'on inscrivait des règles très précises dans la loi, il n'y aurait plus aucune marge de manœuvre pour donner satisfaction au souhait du patient et le médecin ne pourra pas accomplir certains actes justifiables. Il souligne que la situation actuelle, c'est-à-dire l'absence de toute base légale en matière d'euthanasie, entraîne des abus; il peut arriver que l'on mette fin à la vie du patient sans le consentement de l'intéressé. Le projet à l'examen mettra un terme à ces abus et limite dès lors, dans la pratique, le pouvoir de décision du médecin.

L'intervenant estime que l'approche de M. Van Parys est plus positive : il se dit préoccupé par la position de la Commission dans le cadre de la politique criminelle et par les implications de cette position sur l'action du parquet. Cette question pourra de nouveau être débattue lorsque le Parlement sera en possession de l'avis du collège des procureurs généraux.

V. — **HOORZITTINGEN**

A. UITEENZETTING VAN DOKTER MARC COSYNS

Dokter Cosyns dankt de kamerleden, op wiens vraag hij met genoegen ingaat, om enkele verduidelijkingen en toevoegingen te brengen op zijn hoorzitting, in de Senaat van 15 maart 2000. Hij wijst op het belang van duidelijke definities voor een goede werking van een toekomstige controle- en evaluatiecommissie. In dit verband verwijst de spreker naar de uitspraak van de heer Distelmans die pretendeerde dat ongeveer 1 op 3 artsen binnenkort de gevangenis in gaan. Vandaar dat die definitie wel zeer belangrijk zal worden. De spreker wijst op het belang van een globaal kader dat in de plaats moet komen van de tot nu toe gehanteerde casuïstiek. De regeling voor het levenstestament is van kapitaal belang in gans deze wetgeving.

Eén van de grote eisen van de patiënten was die voor autonomie, voor zelfbeslissingsrecht. In de medische geneeskunde kwam het woord of het recht van de patiënt, tot ongeveer 10 jaar geleden, nauwelijks aan bod. Inmiddels is de beeldvorming van de geneeskunde, en voornamelijk de gezondheidszorg geëvolueerd. Onze maatschappij evolueert ook qua sociale voorzieningen, maar vooral de verzorging van bejaarden is heel belangrijk. Deze verzorging moet blijkbaar tegen een lage kostprijs gebeuren. Een ander gegeven zijn onderzoeksresultaten waaruit blijkt dat ongeveer 70 % van de mensen thuis wil sterven. Ook de manier waarop dat wij naar gezondheidszorg kijken evolueert. Wij verwachten enerzijds van geneeskunde dat mensen genezen, maar anderzijds moeten wij ook ervaren dat het leven niet blijft duren en dat wij dus ook aan sterven een belangrijke plaats moeten geven. In gans deze problematiek rond het levenseinde valt het op dat men het eigenlijk zo moeilijk heeft met het feit dat men « actief » iets doet en dat alles wat zogezegd « passief » gebeurt zou mogen worden toegelaten. Nochtans, wanneer men aan een arts een verwijt maakt, dan is het meestal over nalatigheid : een ingreep die niet of te laat gebeurde, informatie die niet werd verstrekt, toestemming die niet werd gevraagd. Het ligt dan ook niet voor de hand dat het nalaten of het staken van een medische handeling tegenover een stervende patiënt zondermeer als positief en als juridisch gerechtvaardigd zal worden beoordeeld. De patiëntenrechtenwet zal dit waarschijnlijk totaal veranderen. Vroeger ging men er van uit dat bij het nalaten of het staken van een medisch zinloze handeling het primair ging om het oordeel van de behandelende arts. Het verzoek van de patiënt om de behandeling al dan niet verder te zetten, of te stoppen, deed niets terzake. De

V. — **AUDITIONS**

A. EXPOSÉ DU DOCTEUR MARC COSYNS

Le docteur Cosyns remercie les membres de la Chambre de l'avoir invité; c'est avec plaisir qu'il accepte de préciser et de compléter les propos qu'il a tenus devant le Sénat lors de son audition du 15 mars 2000. Il souligne que, pour le bon fonctionnement de la future commission de contrôle et d'évaluation, il est important que les définitions soient claires. L'orateur renvoie, à cet égard, aux déclarations de M. Distelmans, qui a soutenu que près d'un médecin sur trois serait bientôt incarcéré et qui, en cela, a mis en évidence la grande importance des définitions. L'orateur souligne également qu'il importe de mettre en place un cadre global devant se substituer à l'approche casuistique actuelle. Dans l'ensemble de la législation concernée, les dispositions relatives au testament de vie sont d'une importance capitale.

L'une des exigences principales des patients est celle de l'autonomie, du droit à l'autodétermination. Or, jusqu'il y a environ dix ans, le patient ne pouvait guère faire entendre sa voix ou faire valoir ses droits en médecine. Depuis lors, les choses ont évolué, non seulement en médecine, mais aussi — et surtout — dans le domaine des soins de santé. Notre société évolue également sur le plan de la prévoyance sociale. Cependant, ce sont surtout les soins destinés aux personnes âgées qui importent, des soins dont le coût ne peut manifestement pas être élevé. Les résultats des recherches constituent un autre élément du débat. Il en ressort que près de 70 % des personnes interrogées souhaitent mourir chez elles. Le regard que nous portons sur les soins de santé est, lui aussi, en train de changer. D'une part, nous attendons de la médecine qu'elle guérisse les gens, mais, d'autre part, nous devons également constater que la vie n'est pas éternelle et que nous devons dès lors accorder une place importante à la mort. Dans toute cette problématique touchant à la fin de vie, on observe que l'on éprouve beaucoup de difficultés à accepter le fait que l'on fasse « activement » quelque chose et que tout ce qui est « passif » pourrait être toléré. Pourtant, lorsque l'on adresse un reproche à un médecin, c'est généralement au sujet d'une négligence, c'est-à-dire au sujet de l'absence ou du retard d'une intervention, de la non-communication d'une information ou de l'absence de demande de consentement. Il n'est dès lors pas évident que la renonciation à mettre en œuvre un traitement médical sur la personne d'un patient à l'agonie ou l'interruption d'un traitement administré à un tel patient soient considérées comme positives et juridiquement justifiées. La loi relative aux droits du patient entraînera probablement un revirement en ce domaine. Précédem-

huidige visie op gezondheidszorg gaat ervan uit dat een arts niet het recht heeft om tegen de wil van de patiënt een medische en zinloze behandeling verder te zetten. Niemand kan worden verplicht om zich aan een uitzichtloos levensrekkende behandeling te onderwerpen. De zinloosheid voor de patiënt in kwestie stelt echter voor heel wat mensen veel problemen. Bij definities van levensbeëindiging wordt uitgegaan van een bepaald idee of van een bepaald concept en in de HALP-studie waar dokter Cosyns aan heeft meegewerkt is men vertrokken van een concept waarin het niet alleen over levensbeëindiging gaat, maar voornamelijk over de intentie van artsen. Hen werd gevraagd : wat was uw idee wanneer je iets bepaald deed in functie van een stervensproces of op het einde van het leven bij die bepaalde patiënt. De definitie is vrij ruim, alle handelingen waarbij de arts de intentie heeft het levenseinde te bespoedigen of waarvan hij weet of rekening houdt dat dit gebeurt. In gans dit onderzoek werd het woord euthanasie niet gebruikt, maar werd de handeling altijd omschreven en aldus kwam men tot een gamma van 18 verschillende vormen van levensbeëindiging, daar waar de heer Distelmans in zijn artikel maar over 6 vormen spreekt. En dit gaat dan alleen maar over het feit wanneer artsen de intentie hebben om eventueel iets te doen dat het levenseinde zou kunnen bespoedigen. Deze verscheidenheid geeft aan hoe moeilijk het is om daar extreme uitspraken over te doen. De reden voor de enquête was te weten te komen waar de nuanceringen liggen. Als de arts de intentie had om levensbespoedigende of beëindigende middelen toe te dienen bij een patiënt die daar om verzoekt of bij welke er overleg is geweest (deze groep beloopt 1,2 %), gaat het om euthanasie en hulp bij zelfdoding. Men kan euthanasie niet alleen beschouwen als het actief geven van een bepaald middel, maar ook het staken van een behandeling op verzoek is een vorm van euthanasie. Het zou kunnen dat men in de evolutie heel wat andere manieren van levensbeëindiging en waardige middelen naar voren zou brengen. Australië is daar één van de grote voorlopers waar allerlei gassen worden gebruikt, wat in West-Europa natuurlijk meteen doet denken aan het oorlogsverleden. Maar het zou kunnen dat dit mogelijkheden zijn waarmee men de patiënt een waardige of milde dood kan bezorgen. De spreker is van oordeel dat euthanasie eigenlijk past in de medische zorgbehandeling, terwijl dit voorstel zoals het nu ter tafel ligt, kan gaan in de richting van een euthanasiekliniek waar hij een tegenstander van is. In Australië test men dit uit, zelfs op een boot, in extraterritoriale wateren, zoals in Nederland een abortusboot.

ment, on considérait que c'était en premier lieu au médecin traitant qu'il appartenait d'apprécier l'opportunité de ne pas appliquer ou d'interrompre un traitement inutile. La demande du patient d'interrompre ou de poursuivre le traitement était sans effet. Actuellement, on part du principe qu'un médecin n'a pas le droit de poursuivre un traitement médical inutile contre la volonté du patient. Personne ne peut être obligé de se soumettre à un traitement destiné à prolonger la vie mais qui n'offre aucune issue. L'inutilité du traitement pour le patient concerné pose toutefois toute une série de problèmes à de nombreuses personnes. Les définitions de l'interruption de la vie sont basées sur une idée ou une conception données et les auteurs de l'étude « HALP », à laquelle le docteur Cosyns a collaboré, sont partis du principe selon lequel il ne s'agit pas seulement du fait de mettre fin à la vie, mais aussi, et principalement, de l'intention des médecins. La question qui leur a été posée était la suivante : qu'aviez-vous en tête au moment où vous accomplissiez un acte spécifique en fonction d'un processus menant à la mort ou à la fin de la vie d'un patient déterminé. La définition est assez large et englobe tous les actes par lesquels le médecin à l'intention de hâter la fin de la vie ou dont il sait qu'ils auront cet effet. Pendant toute cette enquête, le mot euthanasie n'a pas été utilisé, mais l'acte a toujours été décrit et c'est ainsi que l'on a relevé 18 manières différentes de mettre fin à la vie, alors que M. Distelmans n'en cite que 4 dans son article. Et cela ne concerne que les cas où les médecins ont éventuellement l'intention de hâter la fin de vie. Cette diversité montre combien il est difficile d'adopter des positions tranchées dans cette matière. Le but de cette enquête était de voir où se situaient les nuances. Lorsqu'un médecin a l'intention d'administrer des substances destinées à hâter la fin de vie ou mettre un terme à la vie à un patient qui le lui a demandé ou au sujet duquel une concertation a eu lieu (ce groupe représente 1,2 % des cas), il s'agit d'euthanasie et d'un suicide assisté. On ne peut pas ramener l'euthanasie à l'utilisation active d'un moyen déterminé, l'arrêt d'un traitement sur demande étant également une forme d'euthanasie. Il est possible que l'on mette au point de nombreuses autres manières de mettre fin à la vie ainsi que des méthodes plus dignes. L'Australie est à cet égard un des grands précurseurs en la matière; on y utilise des gaz et des procédés qui, en Europe occidentale, font penser aux atrocités nazies. Mais il se pourrait que ces techniques permettent de procurer au patient une mort digne et douce. L'orateur est persuadé que l'euthanasie relève de la notion de soins médicaux tandis que la proposition à l'examen va dans le sens de la création d'une clinique euthanasique, ce à quoi il est tout à fait opposé. En Australie, on expérimente en la matière, allant même jusqu'à pratiquer l'euthanasie sur un bateau ancré en dehors des eaux territoriales, à l'instar de l'« *abortusboot* » que l'on a connu aux Pays-Bas.

Een ander belangrijk punt is dat de intentie van de arts niet altijd overeenkomt met de uitvoering. Zo blijkt bij analyse van de gebruikte middelen slechts één op vijf effectief lethaal te zijn. Men begrijpt dus hoe voorzichtig en genuanceerd men cijfers moet hanteren. Dit is niet om het aantal te bagatelliseren maar om de eerlijkheid en de correctheid van het onderzoek te vrijwaren.

Sommigen willen van palliatieve zorg een totaalzorg maken over gans de levenscyclus, terwijl palliatieve zorg toch wel eigenlijk een heel specifieke zorg is op het einde van het leven. Een aantal personen zegden bijvoorbeeld : waarom moet ik als patiënt wachten tot ik bijna dood ga om die zorg te krijgen waar ik waarschijnlijk heel mijn leven recht op heb. De zorg die we nodig hebben, die we in onze maatschappij willen geven, moet continu zijn om ze aan alle mensen die op een of andere manier ziek zijn (in zijn brede betekenis) te kunnen toedienen. Palliatieve zorg wordt daar dan een deel van. De spreker pleit ervoor in het koninklijk besluit nr 78 naast preventieve en curatieve taken, ook de zorgtaken wel degelijk in te schrijven, maar zou daar de palliatieve zorg niet als eigen entiteit in opnemen, want dan moet men ook de prenatale zorg en alle andere soorten zorg die heel specifiek zijn allemaal vermelden. Het is logischer dat men de zorg op zich vermeldt, als men daaronder continue zorg verstaat, stelt dit geen enkel probleem.

Het is voor een groot stuk de bedoeling van dokter Cosyns om gans de euthanasiewetgeving en de palliatieve wetgeving in de patiëntenwetgeving en niet in een afzonderlijke wetgeving onder te brengen. Het gaat hier eigenlijk niet over het doden van mensen en niet over zelfdodingsrecht, maar over stervenszorg en stervensbegeleiding als laatste episode van een continuüm, van een continue medische zorgbehandeling. Het is een plicht van de artsen, als zorgverleners, om informatie te verschaffen en te zeggen : dit is mogelijk en dat gaat gepaard met die en die omstandigheden. Zoals ook het geval is met zwangerschap-, geboorte- en kraamzorg. Sommigen verkiezen universitaire ziekenhuizen, anderen de gezellige sfeer van thuis, en dan gebeuren er thuisbevallingen. Niet alle artsen zijn verplicht om thuisbevallingen te doen. Het is ook geen verplichting om bepaalde manieren van levens- of stervenszorg/begeleiding te geven aan bepaalde patiënten. Dus als mensen ervoor opteren om in een ziekenhuis te gaan sterven en met alle mogelijke medische en technische materialen die daar voorhanden zijn, moet dat kunnen tenzij het therapeutische hardnekkigheid wordt. Als mensen ervoor kiezen om thuis te sterven en zelf een beslissing te nemen over het tijdsvak waarin dit gebeurt, dan moet dat kunnen en de medische zorgverleners hebben de plicht om dit aanbod met de patiënten te bespreken

Un autre point important est que l'intention du médecin ne se concrétise pas toujours. C'est ainsi que l'analyse des moyens utilisés montre que ceux-ci ne sont effectivement létaux que dans un cas sur cinq. Il faut donc se montrer paticulièrement prudent et nuancé avec les chiffres. Il ne s'agit pas de banaliser les chiffres mais de garantir l'honnêteté et la justesse de l'étude.

Certains veulent faire des soins palliatifs des soins globaux s'étendant sur toute la durée de la vie, alors que les soins palliatifs sont en fait des soins très spécifiques dispensés à la fin de la vie. Certaines personnes ont, par exemple, déclaré ce qui suit : pourquoi dois-je attendre en tant que patient jusqu'à ce qu'à ce que je sois pratiquement mort pour bénéficier de soins auxquels j'ai vraisemblablement droit pendant toute ma vie ? Les soins dont nous avons besoin, que nous voulons dispenser dans notre société, doivent être continus, afin de pouvoir être dispensés à toutes les personnes qui sont, d'une manière ou d'une autre, malades (au sens large du terme). Les soins palliatifs deviennent alors une composante de ces soins. L'intervenant plaide pour que l'on inscrive effectivement dans l'arrêté royal n° 78 non seulement les tâches préventives et curatives, mais aussi les tâches d'assistance, sans toutefois y inscrire les soins palliatifs en tant qu'entité propre, car il faudrait alors y mentionner tous les soins prénataux et tous les autres types de soins très spécifiques. Il est plus logique que l'on mentionne les soins en soi; si l'on entend par là des soins continus, cela ne pose aucun problème.

Le docteur Cosyns entend, dans une large mesure, que l'on intègre l'ensemble de la législation sur l'euthanasie et sur les soins palliatifs dans la législation relative aux patients et non dans une législation distincte. Il ne s'agit pas, à vrai dire, en l'occurrence, du fait de donner la mort à des personnes ni du droit au suicide, mais des soins dispensés aux mourants et de l'accompagnement des mourants en tant que dernier épisode d'un continuum, d'une prise en charge médicale continue. Les médecins ont le devoir, en tant que dispensateurs de soins, de fournir des informations et de dire ce qui est possible et ce qu'impliquent telles ou telles situations, comme c'est le cas dans le cadre de soins prénatals, périnatals et postnatals. Certains optent pour les hôpitaux universitaires, d'autres pour l'atmosphère agréable de la maison, et, dans ce cas, il y a des accouchements à domicile. Les médecins ne sont pas tous obligés de faire des accouchements à domicile. Il n'y a pas non plus d'obligation de fournir certains types de soins/d'aide aux vivants ou aux mourants à certains patients. Si certaines personnes choisissent donc d'aller mourir à l'hôpital, elles doivent pouvoir le faire et y disposer de tout le matériel médical et technique possible, à moins que cela ne devienne de l'acharnement thérapeutique. Si des personnes choisissent de mourir chez elles et de décider elles-mêmes quand le décès interviendra, elles doi-

en met hen te overleggen om tot een bepaalde keuze te komen. Dit moet natuurlijk verlopen volgens duidelijke aanbevelingen, en een toetsing achteraf is eveneens aangewezen. Dat is totaal iets anders dan het controle- en evaluatiemechanisme dat hier in het wetsontwerp staat.

De huidige opvattingen omvatten twee polen, enerzijds de waarde die men geeft aan het absolute leven en anderzijds de waarde die men geeft aan de uiterste zelfbeschikking, die gaat naar zelfdodingsrecht. Is euthanasie een recht ?

In Nederland is euthanasie geen recht van de patiënt. De euthanasiewetgeving is daar voornamelijk gericht op de bescherming van de arts vandaar dat men het ook een toetsingswet genoemd heeft. Het staat ook letterlijk in de informatiebrochure die men nu verspreid heeft naar aanleiding van de nieuwe wetgeving in Nederland dat dit eigenlijk geen recht is van de patiënt, van de burger, wat de spreker spijtig vindt. Een ander belangrijk feit is dat ook in de nieuwe amendementen van mevrouw Van de Casteele en de heer Coveliers ervan wordt uitgegaan dat euthanasie op dit moment niet als apart item in de strafwetgeving ingeschreven staat. Deze strafwet is dus ook niet van toepassing *in casu* voor de stervende patiënt, dat is het standpunt van de spreker waar heel veel mensen het moeilijk mee hebben. De bepalingen in de strafwet over moord hebben geen betrekking op hetgeen artsen en verpleegkundigen doen in functie van hun stervenszorg en stervensbegeleiding.

Door deze wet creëert men ook een discriminatie : een voorbeeld maakt dit duidelijk. Een longpatiënt die al 25 jaar twee pakjes per dag rookt, negeert preventie en kan het roken niet laten, terwijl hij zich ervan bewust is dat de kans zeer groot is om daardoor longkanker te ontwikkelen. Op 60 jaar komt hij met zijn eerste hoestklachten en blijkt wel degelijk longkanker te hebben. Dat kan 7 maand, maximaal 9 maand overleving geven met een goede behandeling. Hij kan verklaren : « Ik wens die 7 of 9 maanden niet en ik wens ook niet dat de maatschappij daarvoor moet opdraaien, omwille van de kosten voor chemotherapeutische en andere zaken en ik neem voor mezelf de beslissing van dit niet te doen. ». In de patiëntenrechtenwetgeving zal dit voortaan kunnen.

Personen die longkanker hebben en die gans hun leven niet gerookt hebben, kunnen de nodige zorg en ook de nodige palliatieve zorg vragen als zij vinden dat 60 jaar eigenlijk te vroeg is om uit het leven te stappen. Zij behoren spijtig genoeg ook tot het statistische gemiddelde zodat men na negen maand de diagnose moet stellen

vent en avoir la possibilité et les prestataires de soins médicaux ont le devoir de discuter de cette possibilité avec les patients et de se concerter avec eux pour opérer un choix. Cette procédure doit bien entendu se dérouler selon des directives claires et un contrôle *a posteriori* est également indiqué. C'est tout à fait différent du mécanisme de contrôle et d'évaluation prévu par le projet de loi à l'examen.

Les conceptions actuelles s'articulent autour de deux pôles, d'une part, la valeur que l'on attribue à la vie absolue et, d'autre part, la valeur que l'on attribue au droit à l'autodétermination ultime, qui aboutit au droit de se donner volontairement la mort. L'euthanasie est-elle un droit ?

Aux Pays-Bas, l'euthanasie n'est pas non plus un droit du patient. La législation néerlandaise en matière d'euthanasie est essentiellement axée sur la protection du médecin, raison pour laquelle on l'a également qualifiée de loi de contrôle de conformité. On peut également lire en toutes lettres dans la brochure qui a été diffusée dans le cadre de la nouvelle législation aux Pays-bas, qu'il ne s'agit pas en fait d'un droit du patient, du citoyen, ce que l'intervenant déplore. Un autre fait important est que les nouveaux amendements de Mme Van de Casteele et de M. Coveliers partent de l'hypothèse que l'euthanasie ne constitue pas actuellement un concept distinct de la législation pénale. Cette dernière n'est donc pas non plus applicable en l'espèce au patient qui est en train de mourir. C'est là le point de vue de l'intervenant, qui pose des problèmes à beaucoup de personnes. Les dispositions de la loi pénale relatives à l'assassinat ne concernent pas ce que les médecins et le personnel soignant font dans le cadre des soins qu'ils prodiguent aux mourants et de l'accompagnement de ceux-ci.

Cette loi crée également une discrimination, ainsi qu'il ressort clairement de l'exemple suivant. Un patient qui souffre des poumons et fume ses deux paquets de cigarettes par jour depuis déjà 25 ans, ignore toute prévention et ne peut pas s'arrêter de fumer, alors qu'il est conscient de multiplier ainsi les risques de développer son cancer. À 60 ans, il se plaint pour la première fois de tousser et on découvre qu'il souffre bien d'un cancer du poumon. Avec un bon traitement, il peut encore vivre 7 mois, maximum 9 mois. Il peut très bien dire : « Je ne veux pas de ces 7 ou 9 mois et je ne souhaite pas non plus que la société doive supporter tout ça, à cause du coût de la chimiothérapie et de tout le reste et je prends moi-même la décision d'y renoncer. ». Dans le cadre de la législation sur les droits des patients, ce sera désormais possible.

Les personnes qui souffrent d'un cancer du poumon et qui n'ont jamais fumé peuvent demander les soins nécessaires et aussi les soins palliatifs nécessaires, si elles estiment que 60 ans, c'est vraiment trop tôt pour mourir. Elles se retrouvent malheureusement aussi dans la moyenne statistique, en sorte qu'après neuf mois, il

dat de ziekte onherroepelijk is. Als deze patiënt ervoor zou kiezen op het einde van het leven zelf zijn afscheid te bepalen dan zou hij vallen onder de euthanasiewetgeving en dat vindt de spreker persoonlijk een discriminatie. Dat is de reden waarom men moet voorzien in een levensverklaring, een wensverklaring of een behandelingsovereenkomst, men moet voorzien in de vastlegging van zorgvuldigheidseisen waarin alle aspecten van de stervensbegeleiding vervat zijn en die opgenomen worden in een apart hoofdstuk in de wet betreffende patiëntenrechten.

B. UITEENZETTING VAN PROFESSOR FERNAND VAN NESTE (UFSIA)

I. De Raad van State laat onder andere opmerken dat het wetsontwerp betreffende euthanasie niet van toepassing is op : « het niet aanvatten of het stopzetten van nutteloze of disproportionele medische handelingen; medische handelingen die bedoeld zijn om de pijn te bestrijden en die een verkorting van het leven tot gevolg hebben; medische bijstand bij zelfdoding; de daad waarbij een arts opzettelijk het leven van een persoon beëindigt zonder dat deze daarom heeft verzocht. » (advies, nr 12).

In deze situaties worden bij nader toezien « handelingen verricht die zeer sterk lijken op — of die in sommige opzichten zelfs samenvallen met — die welke in het wetsvoorstel als euthanaserende handelingen worden bestempeld » (advies, nr 13).

Beginnen wij met de in het advies van de Raad van State laatst vermelde medische handeling, namelijk opzettelijk levensbeëindigend handelen, ongevraagd. Veronderstellen wij dat dit gebeurt in een noodgeval, bijvoorbeeld na een brand of een zwaar verkeersongeval; er waren slachtoffers met uiterst pijnlijke brandwonden, enkelen bevonden zich in een uitzichtloze toestand, konden in feite niet meer worden geholpen. Welnu, deze situatie beantwoordt niet aan de vereisten van artikel 3. Er is immers geen duidelijk verzoek. Indien de behandelende arts het leven van één van deze slachtoffers in deze hachelijke toestand heeft beëindigd, dan kan hij worden vervolgd, zal hij zich gerechtelijk moeten verantwoorden. Het was nochtans een vorm van euthanaserend handelen dat wellicht deontologisch en ethisch, zonder meer kan worden verantwoord en dat sedert eeuwen op grond van medische noodzaak wordt gelegitimeerd.

In een dergelijk geval vindt de arts dus geen rechtszekerheid, geen legitimering in het hier besproken wetsontwerp. Dit is een duidelijke lacune.

Deze « schemerzone » is trouwens zeer uitgebreid, ook technieken of middelen die uiteraard een niet direct levensbeëindigende werking hebben, maar worden aanfaut bien diagnostiquer que le mal est irréversible. Si ce patient choisissait à la fin de sa vie de décider lui-même du moment de son départ, il tomberait sous la législation sur l'euthanasie et l'intervenant estime, quant à lui, qu'il s'agit d'une discrimination. C'est la raison pour laquelle il faudrait prévoir une déclaration formelle rejetant l'euthanasie, une déclaration de volonté ou une convention relative au traitement et la fixation de normes en matière de soins, qui passeraient en revue tous les aspects de l'accompagnement des mourants et seraient reprises dans un chapitre distinct de la loi sur le droit des patients.

B. EXPOSÉ DU PROFESSEUR FERNAND VAN NESTE (UFSIA)

I. Dans son avis, le Conseil d'État a notamment fait observer que le champ d'application du projet de loi relatif à l'euthanasie n'incluait pas « le fait de ne pas entamer ou de cesser des actes médicaux sans utilité ou disproportionnés; les actes médicaux visant au traitement de la douleur et ayant un effet de réduction du temps de vie; l'assistance médicale au suicide; l'acte d'un médecin mettant fin intentionnellement à la vie d'une personne sans demande de celle-ci. » (avis, point 12).

Ces situations comportent plus précisément « des actes qui sont extrêmement proches de ceux qui sont qualifiés d'euthanasie par la proposition de loi ou qui peuvent même à certains égards se confondre avec [eux] » (avis, point 13).

Commençons par le dernier type d'actes médicaux mentionné dans l'avis du Conseil d'État, à savoir mettre intentionnellement fin à la vie d'un patient, sans qu'il le demande. Supposons que cela se produise dans une situation de détresse, par exemple après un incendie ou un grave accident de circulation, lorsque des victimes souffrent de brûlures extrêmement douloureuses, certaines se trouvant dans une situation sans issue et ne pouvant plus être aidées. Une telle situation ne répond pas aux conditions fixées à l'article 3, puisqu'il n'y a pas de demande manifeste. Le médecin traitant qui met fin à la vie de l'une de ces victimes — qui est dans un état critique — peut être poursuivi, et il devra se justifier devant la Justice. Il s'agit pourtant d'un acte euthanasique qui peut se justifier simplement sur les plans déontologique et éthique, et qui est légitimé depuis des siècles sur la base de la nécessité médicale.

Dans pareil cas, le projet de loi à l'examen n'apporte dès lors aucune sécurité juridique au médecin ni aucune légitimation à son acte. Il s'agit d'une lacune manifeste de ce projet.

Cette « zone d'ombre » est d'ailleurs très étendue : les techniques ou les moyens qui ont certes indirectement pour effet de mettre fin à la vie d'une personne,

gewend met de duidelijke bedoeling (opzettelijk dus) een levensbeëindigende uitwerking te hebben, vallen daar onder. Zij lijken overigens sterk of vallen zelfs samen met die welke « In het wetsvoorstel als euthanaserende handelingen worden bestempeld » (advies, nr 13).

Reeds tien jaar geleden heeft het bestaan van deze schemerzone de spreker ervan overtuigd dat er een wetgeving moest komen voor alle medische handelwijzen (bij het levenseinde) die levensbekortend en/of levensbeëindigend zijn. Met andere woorden rechtsbescherming voor het hele domein van het « medisch begeleid sterven » (dit wil zeggen 40 % van de stervenden, tegenover slechts 3 % of 4 % door het ontwerp).

Een andere lacune is het ontbreken van een rechtsregeling voor hulp bij zelfdoding. Nochtans kan men verwachten dat in het geval een niet-terminale patiënt om « euthanasie » zal vragen, de arts er zich in de praktijk toe zal beperken de dodelijke substanties ter beschikking te stellen. Dit is ook een onduidelijkheid in de terminologie, in de kwalificaties !

Artikel 4 handelt alleen over de wil « dat euthanasie wordt toegepast », van medische handelwijzen die behoren tot het medisch begeleid sterven, is er geen sprake.

Het is onduidelijk of « psychisch lijden » volstaat of dat er steeds een somatische oorzaak moet zijn ? Betekent « euthanasie » in dit wetsontwerp : een dramatische beslissing van de arts, of een keuzemogelijkheid voor de patiënt ?

In het geval van een « terminale » zieke is de naleving van het artikel 3 zo goed als onmogelijk. Euthanasie lijkt enkel nog haalbaar voor niet-terminale patiënten.

« Uitzichtloos » lijkt trouwens het determinerend criterium te zijn, en niet « terminaal ». Waarom dan toch onderscheid tussen § 1 en § 2 enerzijds en § 3 anderzijds ? Zal geleidelijk het « uitzichtloze karakter » niet de inhoud worden van het « ondraaglijk lijden » ?

II. De voorliggende wetsontwerpen en de Aanbeveling 1418 (juni 1999) van de Raad van Europa, betreffende « Bescherming van de rechten van de mens en van de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden ».

De problematiek van het medisch handelen bij het levenseinde wordt in deze Aanbeveling veel ruimer opgevat dan in de hier besproken wetsontwerpen. In dit document van de Raad van Europa wordt vooreerst gewezen op wat de fundamentele rechten en de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden bedreigt, namelijk onvoldoende palliatieve zorgverlening, ondeskundigheid inzake pijnbestrijding, therapeutische verbemais qui sont utilisés dans le but manifeste (donc intentionnellement) de mettre fin à la vie d'une personne, relèvent également de cette zone. Ils sont d'ailleurs extrêmement proches de ceux qui « sont qualifiés d'euthanasie par la proposition de loi » ou qui peuvent même se confondre avec ceux-ci (avis, n° 13).

Il y a dix ans déjà, l'existence de cette zone d'ombre a convaincu l'intervenant qu'il fallait élaborer une législation couvrant toutes les pratiques médicales (en fin de vie) qui abrègent la vie et/ou y mettent fin. En d'autres termes, il faut assurer la protection juridique de l'ensemble du domaine de la « mort médicalement assistée » (c'est-à-dire 40 % des mourants, alors que le projet ne concerne que 3 % ou 4 % d'entre eux).

Une autre lacune est l'absence de régime juridique en ce qui concerne l'aide au suicide. On peut cependant s'attendre à ce que dans le cas où un patient ne se trouvant pas en phase terminale demande à être euthanasié, le médecin se borne dans la pratique à mettre à disposition les substances létales. C'est là également une imprécision au niveau de la terminologie, au niveau des qualifications !

L'article 4 concerne uniquement la volonté « qu'un médecin pratique l'euthanasie »; il n'est pas question de pratiques médicales relevant de la mort médicalement assistée.

On ne sait pas si la « souffrance psychique » suffit ou s'il doit toujours y avoir une cause somatique. L'« euthanasie » au sens du projet constitue-elle une décision dramatique prise par le médecin ou une possibilité de choix pour le patient ?

Dans le cas d'une maladie au stade terminal, il est pratiquement impossible de respecter l'article 3. Il ne paraît possible de pratiquer l'euthanasie que s'il s'agit de patients ne se trouvant pas en phase terminale.

Le fait que la situation est « sans issue' paraît d'ailleurs être le critère déterminant et non le fait d'être en phase « terminale ». Pourquoi une distinction est-elle dès lors opérée entre les § 1er et 2, d'une part, et le § 3, d'autre part ? Le fait que la situation est « sans issue » ne finira-t-il pas par se confondre avec la notion de « souffrance insupportable » ?

II. Les projets de loi à l'examen et la Recommandation 1418 (juin 1999) du Conseil de l'Europe relative à la « Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants ».

La problématique de l'intervention médicale en fin de vie est appréhendée de manière bien plus large dans cette Recommandation que dans les projets de loi en discussion. Ce document du Conseil de l'Europe commence par identifier ce qui menace les droits fondamentaux et la dignité des malades incurables et des mourants, à savoir l'insuffisance des soins palliatifs, l'inadéquation des traitements analgésiques, l'acharnement

tenheid, onvoldoende communicatievaardigheid bij de artsen, enz. Daarna volgt een opsomming van maatregelen die de rechtsbescherming van de ongeneeslijk zieken en stervenden moeten waarborgen. Bijzondere aandacht gaat hierbij naar de palliatieve zorg, de autonomie van de patiënt, de « *living will* ». De synthese van deze aanbeveling en de voorliggende wetsontwerpen leidt volgens de spreker tot één (wet)tekst « betreffende de rechtsbescherming van ongeneeslijk zieken en stervenden », met de volgende titels :

Titel I. Grondrechten (individuele en sociale) van patiënten bij het levenseinde : met betrekking tot deskundig medisch handelen (onder andere inzake pijnbestrijding), zorgvuldig medisch handelen, palliatieve zorg, gelijke kansen, autonomie, medezeggenschap in de medische besluitvorming (informatie, toestemming, weigering).

Titel II. De palliatieve zorg.
Cf. het hier besproken wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg.

Titel III. De (voorafgaande) wilsverklaring.
Cf. Aanbeveling 1418, 9,b.

Titel IV. Medische handelwijzen die levensbekortend of levensbeëindigend zijn.

Hoofdstuk 1. Procedure. Het zou wenselijk zijn dat de door artsen opgestelde procedures (zoals de zogenaamde DNR-codes, of « beperkingsformulieren ») wettelijk verplichtend worden.

Hoofdstuk 2. Zorgvuldigheidsvereisten (om de communicatie, het overleg, de transparantie van de besluitvorming inzake deze medische handelwijzen te bevorderen). Vereisten inzake informatie, medezeggenschap in de besluitvorming, deskundig handelen, rapportering, overleg.
Opmerking : met medische handelwijzen die levensbeëindigend zijn, wordt bedoeld : het onopzettelijk levensbeëindigend handelen in noodgevallen.

Titel V. Levensbeëindigend handelen op verzoek van de patiënt (euthanasie) en hulp bij zelfdoding.

Hoofdstuk. 1. Levensbeëindigend handelen op verzoek van de patiënt.
Voorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten (cf. wetsontwerp betreffende euthanasie, artikel 3, § 1 en § 2, alsook § 4 en § 5).
Opmerking. Deze mogelijkheid van levensbeëindigend handelen zou volgens de spreker enkel gelden voor terminale patiënten. Het is ook wenselijk dat wat de

thérapeutique, l'inaptitude des médecins à communiquer avec leurs patients, etc. Vient ensuite une énumération des mesures qui doivent garantir la protection juridique des malades incurables et des mourants. À cet égard, une attention particulière est portée aux soins palliatifs, à l'autonomie du patient et à la « *living will* ». La synthèse de cette recommandation et des projets de loi à l'examen débouche, selon l'orateur, sur une loi unique « relative à la protection juridique des malades incurables et des mourants », dont l'économie est la suivante :

Titre I. Droits fondamentaux (individuels et sociaux) des patients en fin de vie en ce qui concerne l'adéquation des actes médicaux visant notamment à combattre la douleur, la rigueur de ces actes, les soins palliatifs, l'égalité des chances, l'autonomie, la participation au processus de décision médical (information, consentement, refus).

Titre II. Les soins palliatifs.
Cf. le projet de loi relatif aux soins palliatifs à l'examen.

Titre III. La déclaration de volonté (anticipée).
Cf. Recommandation 1418, 9, b.

Titre IV. Traitements médicaux de nature à raccourcir la vie ou à y mettre fin.

Chapitre 1er. Procédure. Il serait souhaitable que les procédures établies par les médecins (comme les codes DNR ou les « formulaires de restriction ») soient rendues légalement obligatoires.

Chapitre 2. Critères de rigueur (pour favoriser la communication, la concertation et la transparence dans le cadre de la prise de décision concernant ces traitements médicaux). Critères en matière d'information, de participation à la décision, d'expertise, de rapportage et de concertation.
Remarque : par traitements médicaux de nature à mettre fin à la vie, on entend les interventions médicales qui mettent involontairement fin à la vie dans des cas d'urgence.

Titre V. Intervention euthanasique pratiquée à la demande du patient (euthanasie) et aide au suicide.

Chapitre 1er. Intervention euthanasique pratiquée à la demande du patient.
Conditions et critères de rigueur (cf. projet de loi relatif à l'euthanasie, article 3, § 1er et § 2, ainsi que § 4 et § 5).
Remarque. Selon l'orateur, cette possibilité d'intervention euthanasique ne vaudrait que pour les patients en phase terminale. Il est souhaitable d'intégrer ici aussi le

« palliatieve filter » wordt genoemd hier wordt ingebouwd. Een belangrijk bezwaar is de vraag of deze ingewikkelde rechtsregeling wel realistisch is voor terminale patiënten.

Hoofdstuk 2. Hulp bij zelfdoding (dit zou de vorm van levensbeëindigend handelen zijn die geldt voor niet-terminalen).

Voorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten (cf. wetsontwerp euthanasie, artikel 3, § 3, alsook § 4 en § 5).

Opmerking. Indien de wetgever wenst ook voor niet-terminalen levensbeëindigend handelen mogelijk te maken, dan is de vraag of er geen andere vereisten moeten worden vermeld. « Eén maand » zoals bepaald in § 3, 2°, van het wetsontwerp betreffende euthanasie wordt door artsen beschouwd als een te korte periode. Persoonlijk meent de spreker dat inzake levensbeëindigend handelen van niet-terminalen een gerechtelijke toetsing en uitspraak vooraf vereist is, zodat van geval tot geval de legitimiteit daarvan kan worden beoordeeld.

Hoofdstuk 3. De wilsverklaring inzake levensbeëindigend handelen op verzoek (cf wetsontwerp euthanasie, artikel 4).

Hoofdstuk 4. De aangifte.

Hoofdstuk 5. De Federale Controle- en evaluatiecommissie.

Hoofdstuk 6. Sancties.

Hoofdstuk 7. Bijzondere bepalingen.

C. UITEENZETTING VAN PROFESSOR MICHEL DUPUIS (UCL, ULG)

De spreker is filosoof en werkt op het domein van de fundamentele antropologie en de toegepaste ethiek. Hij zal een aantal reflectiepunten formuleren, waaraan de wetgever volgens hem bijzondere aandacht moet besteden. In het algemeen worden de bio-ethische vraagstukken niet opgelost met een overdreven dogmatisme en vergen ze veel intellectuele bescheidenheid. Men kan met genoegen vaststellen dat de wetgever de ingewikkeldheid heeft ingezien van de sociale, ethische en symbolische inzet van de reglementeringen inzake bio-ethiek en euthanasie in het bijzonder, en dat hij de situaties rationeel analyseert, duidelijk maakt wat op het spel staat, de risico's evalueert en een democratisch debat op gang brengt dat de partijverschillen overstijgt, in plaats van snel een beslissing te nemen die alleen zou getuigen van een politieke macht van een meerderheid …

« filtre palliatif ». Une objection majeure : cette réglementation complexe est-elle bien réaliste pour les patients en phase terminale ?

Chapitre 2. Assistance au suicide (il s'agirait de la forme d'intervention euthanasique pratiquée sur les patients en phase non terminale).

Conditions et critères de rigueur (cf. projet de loi relatif à l'euthanasie, article 3, § 3, mais aussi § 4 et § 5).

Remarque. Si le législateur souhaite aussi qu'il puisse être mis fin à la vie de patients en phase non terminale, la question se pose de savoir s'il ne faut pas mentionner d'autres exigences. Certains médecins considèrent que la période d'un mois visée au § 3, 2°, du projet de loi relatif à l'euthanasie est trop courte. L'orateur estime quant à lui que toute intervention euthanasique à pratiquer sur des patients en phase non terminale doit faire préalablement l'objet d'une évaluation et d'une décision d'une autorité judiciaire, afin que l'on puisse juger de sa légitimité au cas par cas.

Chapitre 3. La déclaration anticipée demandant une intervention euthanasique (cf. projet de loi relatif à l'euthanasie, article 4).

Chapitre 4. La déclaration.

Chapitre 5. La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation.

Chapitre 6. Les sanctions.

Chapitre 7. Dispositions particulières.

C. EXPOSÉ DU PROFESSEUR MICHEL DUPUIS (UCL, ULG)

Comme philosophe qui travaille dans le domaine de l'anthropologie fondamentale et de l'éthique appliquée, l'orateur exposera quelques éléments de réflexion qui exigent, selon lui, une attention particulière de la part du législateur. De façon générale, les questions de bioéthique ne se résolvent pas par un dogmatisme outrancier et elles demandent beaucoup d'humilité intellectuelle. Il est heureux de constater que le législateur a pris la mesure de la complexité de l'enjeu social, éthique et symbolique des réglementations en matière de bioéthique et d'euthanasie en particulier, et qu'il procède à l'analyse rationnelle des situations, l'élucidation des enjeux, l'évaluation des risques et le débat démocratique qui dépasse les clivages partisans, plutôt que d'une décision rapide qui témoignerait seulement d'une force politique majoritaire ...

Als filosoof en ethicus wordt de spreker geregeld met klinische situaties geconfronteerd maar ook aan de grond van de zaak wil hij aandacht besteden. Hij zal zes aspecten van het euthanasievraagstuk te berde brengen die volgens hem ook vandaag nog moeilijkheden doen rijzen en waarover dus opnieuw mag worden nagedacht.

1. De culturele context. Euthanasie en de wettelijke regeling ervan moet worden gezien in een context die ze ten dele determineert en ons ertoe dwingt een tweeledige algemene vraag te stellen : « in welke samenleving leven wij en welke samenleving wensen wij ? ». Er is een spanning of zelfs een tegenstelling tussen drie culturele parameters, die niet alleen kunnen optreden. Enerzijds slaagt onze pluralistische, multiculturele en multiconfessionele samenleving er min of meer in te zorgen voor de daadwerkelijke zelfstandigheid van de personen. De mensen hebben gelijke rechten en zijn vrij op het stuk van hun godsdienstige of levensbeschouwelijke overtuigingen. Elkeen heeft recht op gezondheidszorg. Elkeen beschikt over zijn leven naar eigen goeddunken — althans in zekere mate. Elkeen kan zijn eigen opvatting over de kwaliteit van het leven bepalen en uitmaken wat al dan niet draaglijk of aanvaardbaar is. Anderzijds berust onze samenleving op het principe van de solidariteit onder haar leden. In dat kader van zelfstandigheid en solidariteit neigt onze samenleving naar een derde realiteit, die even noodzakelijk is als de twee eerste, namelijk de zorg voor degenen die het zwakst zijn of het minst geluk hebben, zij die door het leven niet werden gespaard. Wij aanvaarden thans dat de kinderen, de zieken, de hoogbejaarden, de gehandicapten enz. waardevolle partners zijn die veel geld kosten aan de gemeenschap maar die onvervangbaar zijn. De burgerbewegingen vragen een samenleving die transparanter en beter verzorgd is, maar die ook beter beschermd is tegen individuele of collectieve moordende waanzin. Het euthanasievraagstuk rijst in die samenleving : nu meer mensen dan ooit sociaal gemarginaliseerd worden en individualistische reflexen het belang van de meerderheid dreigen te ondermijnen ten voordele van degene die geluk hebben of geschoold zijn, moet men zich rationeel afvragen in hoeverre de zelfstandigheid van het individu daadwerkelijk bestaat. Welke effectieve solidariteit is er voor de stervenden en de lijdenden ? Zijn we er zeker van dat we alles doen om ze te begeleiden en hun leed te verzachten zonder daarom een einde te maken aan hun leven ? Heeft onze samenleving aandacht voor degenen die zelfmoord overwegen ? Kunnen wij, in naam van de zelfstandigheid, de drugsgebruikers, de alcoholisten en zij die allerhande vragen hebben, ten onder laten gaan ? Kunnen wij, in naam van de zelfstandigheid, gewoon ingaan op de vraag van degene die wenst te sterven, niet omdat hij zijn zelfstandigheid wil uitoefenen, maar omdat hij het niet meer aankan ? Sociaal en cultureel staat heel wat op het spel : welke

En tant que philosophe éthicien régulièrement confronté aux situations cliniques mais également soucieux d'une réflexion de fond, l'orateur évoquera six aspects de la question de l'euthanasie qui lui paraissent faire difficulté encore aujourd'hui et qui méritent donc une nouvelle réflexion.

1. Le contexte culturel. Le problème de l'euthanasie et de sa régulation juridique apparaît dans un contexte qui la détermine en partie et qui nous force à nous poser une double question générale : « dans quelle société vivons-nous et quelle société voulons-nous ? » Trois paramètres culturels sont en tension, voire en contradiction, mais ne peuvent intervenir seuls. D'une part, notre société pluraliste, multiculturelle et multiconfessionnelle réussit tant bien que mal à développer l'autonomie effective des personnes. Les êtres humains sont égaux en droit et disposent de la liberté de leurs convictions religieuses ou philosophiques. Chacun a droit aux soins de santé. Chacun dispose de sa vie comme il l'entend — au moins jusqu'à un certain point. Chacun peut définir sa propre idée de la qualité de la vie et décider de ce qui est supportable ou pas, acceptable ou pas. D'autre part, notre société repose sur le principe d'une solidarité entre ses membres. Dans ce cadre d'autonomie et de solidarité, notre société tend vers une troisième réalité aussi nécessaire que les deux premières, le souci des plus vulnérables, des moins chanceux, des blessés de la vie. Aujourd'hui, nous admettons que l'enfant, le malade, la personne très âgée, le handicapé, etc. sont des partenaires précieux — qui coûtent cher à la collectivité mais qui ont une place irremplaçable. Les mouvements de citoyens demandent une société plus transparente, mieux soignée, mieux protégée aussi des folies meurtrières individuelles ou collectives. Le problème de l'euthanasie se pose au cœur de cette société : à l'heure où la marginalisation sociale frappe plus que jamais et où des réflexes individualistes risquent de miner l'intérêt de plus grand nombre au seul profit des chanceux ou des instruits, on se doit se demander rationnellement jusqu'à quel point l'autonomie des personnes existe vraiment. Quelle solidarité effective entoure les mourants et les souffrants ? Sommes-nous sûrs de tout faire pour les accompagner et les soulager sans pour autant mettre fin à leurs jours ? Notre société a-t-elle quelque chose à faire avec ceux qui pensent au suicide. Pouvons-nous, au nom de l'autonomie, laisser sombrer les toxicomanes, les alcooliques, les demandeurs en tous genres ? Pouvons-nous, au nom de l'autonomie, répondre simplement oui à la personne qui demande à mourir — non pas parce qu'elle veut exercer son autonomie mais parce qu'elle n'en peut plus ? L'enjeu social et culturel est immense : quel message donnons-nous à notre communauté ? Dire simplement oui au projet de loi actuel, c'est reconnaître à l'euthanasie le statut de geste légitime voire légal parce qu'il vient en réponse à une demande libre

boodschap geven wij aan de samenleving ? Door gewoon in te stemmen met dit wetsontwerp verleent men aan de euthanasie de status van een gewettigde of zelfs van een wettige daad omdat die een antwoord is op een vrijwillig verzoek van de patiënt. Zo kiest men bewust voor de overtreding. Door het wetsontwerp gewoon te verwerpen, dat wil zeggen die daad te verbieden, kiest men voor een onaanvaardbaar dogmatisme en keurt men clandestiene praktijken goed. Er moet dus worden voorzien in een ingewikkelder regeling die evenzeer rekening houdt met de realiteit, de eenzaamheid van het individu, zijn kwetsbaarheid en de economische pressies als met de individuele waardigheid. Achter het argument van de zelfstandigheid van het individu gaat vaak het gebrek aan solidariteit schuil, het tekort aan zorg en misschien zelfs het gebrek aan medische kennis in de bestrijding van de pijn … Onze huidige maatschappij vraagt dat een einde wordt gemaakt aan het taboe van de dood, van het lijden en van de euthanasie door inzake palliatieve begeleiding een gedurfd beleid uit te stippelen dat rekening houdt met de gevallen van mislukking — die zeldzaam zijn maar wel bestaan —, waarin de euthanasie ten slotte misschien zal worden toegepast, als een kwaad maar als het minste kwaad.

2. Iedereen is ervan overtuigd dat het vraagstuk van de euthanasie niet kan worden losgekoppeld van dat van de continue palliatieve zorg. Men heeft het soms over een palliatieve « filter ». Het is cynisch vanwege een samenleving een normalisatie van de euthanasie te overwegen alvorens te zorgen voor een realistisch en concreet beleid inzake palliatieve geneeskunde.

3. De omschrijving van de procedures van medische besluitvorming is aanzienlijk geëvolueerd in de loop van de parlementaire werkzaamheden. Dat neemt niet weg dat een verzoek om euthanasie telkens moet worden ontcijferd : het mag noch worden genegeerd, noch slecht worden begrepen. De herhaling van het verzoek, zonder wijziging op het vlak van de verzorging, brengt geen duidelijkheid. De individuele beoordelingen zijn onvoldoende : ze vereisen een multidisciplinaire benadering. De ethiek komt dan tot stand in de bespreking van het geval. Die procedurele ethiek gaat verder dan de individuele ideologische overtuigingen.

In het licht van de meeste zwaarwichtige beslissingen volstaat onderling overleg tussen de arts en de patiënt niet langer als leidraad voor de hedendaagse geneeskunde. Units ter ondersteuning van de medische beslissing bieden de gelegenheid informatie van de diverse betrokkenen bij het zorgproces te wikken en te wegen. Het gaat noch om een rechtbank van deskundigen, noch om een commissie van ambtenaren die de mening van de patiënt opzij zou schuiven of de geneeskundige vrijheid en verantwoordelijkheid bedreigen. Die dialoog tussen de behandelende artsen, de huisarts (die

du patient, c'est choisir délibérément la voie de la transgression. Dire simplement non, c'est-à-dire interdire ce geste, c'est choisir la voie d'un dogmatisme inacceptable et cautionner des pratiques clandestines. Il faut donc admettre une régulation plus complexe, qui tient compte de la réalité, de l'isolement des personnes, de leur vulnérabilité, des pressions économiques, tout autant que du sens de la dignité individuelle. L'argument de l'autonomie des personnes dissimule souvent le déficit de solidarité, le manque de soin et peut-être même le manque de compétence médicale dans la lutte contre la douleur ... Notre société d'aujourd'hui demande que l'on fasse sauter le tabou de la mort, de la souffrance et de l'euthanasie en définissant une politique audacieuse d'accompagnement palliatif qui prévoit les cas d'échec — rares mais bien réels —, où l'euthanasie sera peut-être finalement réalisée, comme un mal mais comme un moindre mal.

2. Chacun en est convaincu, le problème de l'euthanasie ne peut être dissocié du problème des soins continus palliatifs. On parle parfois de « filtre » palliatif. Il est cynique de la part d'une société d'envisager une normalisation de l'euthanasie avant d'avoir installé une politique réaliste et concrète de médecine palliative.

3. La définition des procédures de prise de décision médicale a bien évolué au fil du travail parlementaire. Reste toujours qu'une demande d'euthanasie doit chaque fois être décodée : ni ignorée ni mal comprise. La répétition de la demande, sans changement de contexte de soins, ne rend pas les choses plus claires. Les jugements individuels sont insuffisants : ils ont besoin d'un éclairage pluridisciplinaire. L'éthique se construit alors dans la discussion du cas. Cette éthique procédurale se situe au-delà des convictions idéologiques individuelles.

Le colloque singulier « médecin-patient » n'est plus un paradigme suffisant pour la médecine moderne face à la plupart des décisions graves. Des « cellules d'aide à la décision médicale » permettent la discussion d'informations qui proviennent des divers acteurs de soins. Il ne s'agit ni d'un tribunal d'experts, ni d'une commission de fonctionnaires qui refouleraient l'opinion du patient ou qui menaceraient la liberté et la responsabilité médicales. En réalité, ce dialogue entre les médecins traitants et le médecin de famille (le rôle de celui-ci est fondamental), des soignants et d'intervenants extérieurs

een fundamentele rol speelt) en externe zorgverstrekkers en interveniënten maakt het in werkelijkheid mogelijk het euthanasieverzoek beter in te schatten, meer informatie te verstrekken (inzonderheid wat de daadwerkelijk geboden zorg betreft), alsook de eindbeslissing, die de behandelende arts in alle vrijheid zal nemen, beter te onderbouwen. Van die procedure kan melding worden gemaakt in het medisch dossier van de patiënt, waaruit mag blijken dat hij met de nodige beroepsernst werd gevolgd — zelfs ingeval derden dat in een later stadium betwisten. Dat raamwerk zorgt er eveneens voor dat eventuele economische druk om een aantal bedden vrij te maken of de medische kosten te beperken, niet langer wordt afgewenteld op een enkele persoon.

4. De spreker vindt dat het eventuele beroep op euthanasie hoe dan ook alleen maar toegestaan mag zijn indien de patiënt terminaal ziek is. Men kan er niet omheen dat die terminale levensfase in de ontwerptekst onduidelijk is afgebakend, evenals andere, in aanmerking genomen criteria zoals het begrip « ondraaglijk lijden » enz.). Er kan geen sprake van zijn op de euthanasiebeslissing een specifieke termijn te plakken (uitgedrukt in dagen en uren bijvoorbeeld), maar uit een klinisch en ethisch oogpunt is een omschrijving nuttig, zeker als men bedenkt dat euthanasie slechts het ultieme redmiddel is ingeval de leedverzachtende aanpak niet blijkt te helpen.

5. Het is van belang te preciseren wat de verantwoordelijkheid en de rechten zijn van de diverse betrokkenen bij het zorgproces, dat wil zeggen zij die van ver of van nabij bij de door de arts uitgevoerde euthanasie betrokken zijn (de apotheker, de zorgkundigen, de begeleiders enz.). Inzonderheid moet worden bepaald wat de draagwijdte mag zijn van hun gewetensvrijheid, in hoeverre zij hún mening over het euthanasiegeval mogen geven enz.

6. De opleiding van de artsen en zorgkundigen moet worden bijgestuurd in de richting van een meer op palliatieve zorg toegespitste aanpak. De wetenschappers moeten ongetwijfeld zelf leren nieuwe therapieën en handelingen te ontwikkelen, maar ook nutteloze behandelingen stop te zetten en komaf te maken met therapeutische en diagnostische hardnekkigheid. De rechten van de patiënt moeten in die zin worden ingevuld. De patiënt van zijn kant moet vertrouwd worden gemaakt met het van oudsher door de Griekse filosofen ontwikkelde besef dat de mens moet « leren te sterven » : ten opzichte van leed en ziekte is de geneeskunst niet almachtig, maar zij heeft als plicht de zieke te begeleiden en diens lijden te verzachten zo genezing onmogelijk blijkt.

permet de mieux décoder la demande, d'élargir l'information (en particulier au niveau des soins effectivement réalisés) et de mieux justifier la décision finale qui sera prise en pleine liberté par le médecin traitant. Cette procédure peut être reportée sur le dossier médical du patient et témoigne de l'attention professionnelle dont ce dernier fait l'objet, même en cas de contestation ultérieure par des tiers. À l'intérieur de ce cadre, l'éventuelle pression économique qui pousse à libérer des lits ou à réduire les coûts médicaux ne porte plus sur une seule personne.

4. Pour l'orateur, il semble impératif de maintenir la contrainte du stade terminal de la maladie pour justifier le recours éventuel à l'euthanasie. L'imprécision de la définition de ce stade est incontestable — autant que celle d'autres éléments prévus par le projet de loi (par exemple, la notion de douleur insupportable, etc.). Il ne saurait être question de lier la décision à une durée déterminée (en jours ou en heures, par exemple), mais la notion est cliniquement et éthiquement utile et surtout elle confirme que le geste euthanasique n'est que l'ultime recours parce que le traitement antalgique n'est pas efficace.

5. Il importe de préciser la responsabilité et les droits des divers acteurs de soins : pharmacien, soignants, accompagnants, etc. qui participent de près ou de loin à l'acte euthanasique qui sera posé par le médecin. En particulier, on devrait déterminer leur propre liberté de conscience, leur droit à donner leur opinion sur le cas, etc.

6. La formation des médecins et des soignants doit être revue en fonction d'une « culture des soins palliatifs ». Les scientifiques doivent sans doute apprendre à la fois à développer des thérapeutiques et des gestes nouveaux mais aussi à suspendre les traitements futiles et à refuser l'acharnement thérapeutique et diagnostique. Les droits du patient devraient aller dans ce sens. L'éducation du patient devrait inclure cette vieille intuition des philosophes grecs qu'il faut « apprendre à mourir » : face à la souffrance et à la maladie, la médecine n'est pas toute-puissante mais elle a le devoir d'accompagner et de soulager à défaut de pouvoir guérir.

7. Uit een meer tekstueel en formeel oogpunt doet de thans voorliggende tekst een aantal conceptuele en terminologische problemen rijzen. Een treffend voorbeeld daarvan vormt de omschrijving van het begrip « euthanasie » in artikel 2. Ter voorkoming van absurde interpretaties moet uitdrukkelijk worden vermeld dat « euthanasie » een « door een arts verrichte » handeling is, dat de « andere dan de betrokkene » derhalve « een/de behandelende arts » is, dat de handeling wordt verricht « overeenkomstig een duidelijke en doeltreffende medische procedure », dat het « verzoek » moet « berusten op een gevoel van ondraaglijk lijden » enz. Naar gelang van eenieders visie kan daar dan nog — of net níet — aan worden toegevoegd dat de patiënt « terminaal ziek » moet zijn of dat de euthanasie moet plaatsvinden « na of tijdens een aangepaste palliatieve behandeling ». In artikel 3 staat te lezen dat de patiënt « bewust [moet zijn] op het ogenblik van zijn verzoek » — een onhandige formulering.

Conclusie

De ethiek van het levenseinde gaat niet in de eerste plaats uit van het verbod te doden, maar veeleer van de positief geformuleerde plicht de patiënt een passende verzorging te bieden. Een en ander veronderstelt een rationele inschatting van de concrete situatie van de patiënt. De spreker is echter van oordeel dat het verbod te doden hoe dan ook behoort tot de grote beginselen die onze democratische samenlevingen in goede banen leiden. Dat verbod moet zowel worden opgewaardeerd als in stand gehouden, maar het put zijn betekenis uitsluitend uit een positief uitgangspunt : de plicht tot begeleiden en verzachten, als uiting van de wens dat de medemens recht heeft op een goed leven en een goed levenseinde. Net zomin als een mens uitsluitend op eigen kracht leeft, sterft hij op eigen kracht. Zuivere autonomie is een gevaarlijke mythe die alleen maar de cultureel en economisch sterksten iets oplevert. Daartegenover staat de al even gevaarlijke paternalistische visie, die eenieder elke vorm van vrije zelfbeschikking ontzegt. Het komt erop aan een wet te ontwerpen die het midden houdt tussen beide uitersten. Een betere manier om te komen tot een evenwicht tussen de plicht om zorg te verstrekken en de individuele vrijheid, bestaat er volgens de spreker in een echte, doeltreffende en voor iedereen toegankelijke medische palliatieve-zorgcultuur tot stand te brengen, van waaruit kan worden bepaald in welke situaties het zorgaanbod niet langer een passend antwoord biedt op het lijden van de patiënt en derhalve euthanasie kan worden overwogen. Indien de medische, therapeutische en diagnostische hardnekkigheid onder controle wordt gehouden, indien de wil van de patiënt goed wordt begrepen en indien alle middelen om aan

7. D'un point de vue plus épistémologique et plus formel, il y a quelques difficultés de concepts et de vocabulaire dans l'état actuel du texte. Comme exemple marquant, on note la définition de l'euthanasie à l'article 2. Si l'on veut éviter des interprétations absurdes, il faudrait noter explicitement que l'euthanasie est un acte « posé par un médecin », que le tiers est donc « un/le médecin traitant », que l'acte est réalisé « selon une procédure médicale précise et adéquate », que la demande est « justifiée par le sentiment d'une douleur insupportable », etc. — et puis, selon les visions de chacun, on ajoutera ou pas que l'acte est réalisé « quand la fin de la vie est imminente », « après ou au cours d'un traitement palliatif approprié ». L'article 3 note que le patient doit être « conscient au moment de sa demande » — la tournure est malheureuse ...

Conclusion

L'éthique de la fin de vie ne repose pas d'abord sur l'interdit du meurtre mais plutôt sur le devoir positif du soin adéquat au patient. Cela suppose une approche rationnelle de la situation concrète du patient. L'orateur estime cependant que l'interdit du meurtre reste un des principes régulateurs de nos sociétés démocratiques. Cet interdit doit être à la fois réévalué et maintenu, mais il ne tient son sens que d'une donnée positive première, le devoir d'accompagnement et de soulagement qui s'exprime comme le désir pour l'autre de la « vie bonne » (*good life*) et de la « bonne fin de vie ». Pas plus qu'on ne vit seul, on ne meurt seul. L'autonomie pure est un mythe dangereux qui ne sert que les plus forts culturellement et économiquement. L'idéologie paternaliste opposée, qui nie toute liberté d'autodétermination individuelle, est tout aussi dangereuse. Il s'agit d'écrire une loi qui se situe à distance de ces deux extrêmes. Établir une véritable culture médicale des soins palliatifs, efficace et accessible à tous, et à partir de là, prévoir les situations où manifestement les soins ne répondent pas adéquatement à la souffrance du patient et poser à ce moment la possibilité de l'euthanasie, voilà qui me paraît équilibrer davantage les devoirs de soins et la liberté individuelle. Si l'acharnement médical, thérapeutique et diagnostique, est bien contrôlé, si la volonté du patient est bien comprise, si tous les moyens de rencontrer sa demande de soin sont mis en œuvre avec humanité et compétence, les demandes d'euthanasie qui persisteront pourront être entendues avec vérité et humanité. Chacun percevra que le patient se trouve alors dans un état de nécessité qui présente un conflit irréductible de valeurs et d'intérêts. Dans ce cadre précis,

diens verzoek tegemoet te komen humaan en bekwaam worden ingezet, zullen de nog overblijvende euthanasieverzoeken op waarachtige en humane wijze kunnen worden ingewilligd. Het zal dan voor iedereen duidelijk zijn dat de patiënt zich in een toestand van overmacht bevindt die aanleiding geeft tot een onontwarbaar waarden- en belangenconflict. Pas in die omstandigheden — en dus nooit van bij aanvang — zal de verdere stap worden beschouwd al een ultiem redmiddel.

Afrondend geeft de spreker een Grieks citaat van een Romeins keizer uit de tweede eeuw van onze tijdrekening. Marcus Aurelius, een bedreven politicus, filosoof en vurig strijder voor het Keizerrijk zag in redelijkheid een rechtstreekse bron van politieke besluitvorming (« *esti dè to logikon euthus kai politikon* »). Getuigt de wetgeving op het stuk van de bio-ethiek van voldoende redelijkheid, zodat zij rechtstreeks een bron is van politiek in de nobele zin van het woord ?

D. VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LEDEN

De heer Laeremans (Vlaams Blok) vraagt hoever professor Van Neste, die suggereert dat hulp bij zelfdoding ook zou voorzien worden in de wetgeving, wil gaan in de praktijk. Zal dit niet leiden naar een dood op aanvraag, waar mensen die zich niet goed voelen in hun vel, of mensen met een levenslange handicap maar die helemaal niet terminaal is zich beroepen op « een ondraaglijk lijden ». Zal dit ook niet de levenskwaliteit van diegenen beïnvloeden die die vraag niet stellen en willen blijven leven, maar waar dan bij heel wat mensen uit hun omgeving misschien een verwachtingspatroon ontstaat, van zou het niet beter zijn dat je zo'n pil gaat vragen want eigenlijk wat is uw leven nog waard ? Zet men op die manier niet een groot aantal mensen aan om zelfdoding te vragen ? Het is een beetje het tegenovergestelde van de visie van professor Dupuis die zegt : moeten we ons niet eerder de vraag stellen : Zorgen wij voor genoeg comfort, voor genoeg zorg, voor personen die in problemen zitten ? Kiest men op die manier niet voor de korte pijn die zorg overbodig maakt. Waarom wil professor Van Neste zo ver gaan om zelfdoding zo gemakkelijk te maken ?

De heer Goutry (CD&V) verwijst naar een uitspraak van dokter Cosyns die ervan uitgaat dat de palliatieve zorg zou moeten worden gelimiteerd in de context van het levenseinde. Het is het oogmerk van de spreker om palliatieve zorg toch wel een ruimere erkenning te geven. Een wettelijk kader dat palliatieve zorg definieert als zorg rond het levenseinde zou de hele inspanning die wordt geleverd in het kader van palliatieve zorg kunnen minimaliseren. Met als gevolg dat het minder in de opleiding wordt voorzien en minder ernstig wordt genomen binnen de geneeskunde. Zoals professor Dupuis la transgression sera envisagée comme un ultime recours mais jamais d'entrée de jeu.

Pour terminer, l'orateur cite un empereur romain du second siècle de notre ère. Habile politique, philosophe et ardent combattant pour l'Empire, Marc-Aurèle écrit que « *esti dè to logikon euthus kai politikon* » — « le raisonnable est directement politique ». Les législations en matière de bioéthique seront-elles assez raisonnables pour être directement politiques au sens élevé du terme ?

D. QUESTIONS ET INTERVENTIONS DES MEMBRES

M. Laeremans (Vlaams Blok) se pose la question de savoir jusqu'où le professeur Van Neste souhaite aller la pratique quand il suggère de prévoir l'assistance au suicide dans la législation. Ne risque-t-on par d'en arriver à une mort sur demande ? Les gens qui ne se sentent pas bien dans leur peau ou ceux qui souffrent d'un handicap à vie en phase non terminale invoqueront à cet effet une « souffrance insupportable ». Cette approche ne va-t-elle pas influencer la qualité de la vie des personnes qui ne posent pas cette question et souhaitent continuer à vivre, mais dont l'entourage estime qu'il vaudrait mieux qu'elles demandent ce « médicament » parce que leur vie ne vaut peut-être plus la peine d'être vécue ? » N'incite-ton pas les gens à demander cette assistance au suicide ? C'est un peu l'approche inverse de celle adoptée par le professeur Dupuis, qui se demande si l'on apporte suffisamment de confort et de soins aux personnes qui ont des problèmes. N'allons-nous pas opter pour le moindre mal qui rend les soins superflus ? Pour quelle raison le professeur Van Neste souhaite-t-il faciliter à ce point le suicide ?

M. Goutry (CD&V) renvoie aux propos tenus par le docteur Cosyns, qui part du principe que les soins palliatifs doivent être limités à la fin de vie. Le propos de l'intervenant est d'accorder une meilleure reconnaissance aux soins palliatifs. Or, l'instauration d'un cadre légal définissant les soins palliatifs comme les soins apportés en fin de vie minimaliserait les efforts fournis jusqu'à présent. Les études de médecine ne s'y attarderaient dès lors plus guère et leur importance serait moins prise en considération. Comme l'a déclaré le professeur Dupuis, cela dépend de la manière dont on envisage la

verklaarde gaat het erom hoe men kijkt naar de geneeskunde, hoe men kijkt naar de eindigheid van de mens. Ofwel vertrekt men van de absolute wetenschap dat ongeveer alles te overwinnen is tenzij dan de mislukkingen, ofwel bouwt men dat in en ziet men dat naast allerhande technieken die tot genezing leiden, men ook met ongeneeslijke ziekten te maken heeft.

Een tweede vraag betreft het ondraaglijk psychisch lijden. De mentale toestand dat men zijn situatie niet meer aan kan moet gebonden zijn aan een somatische toestand. Alleen de psychische toestand kan als reden nooit voldoende zijn.

Wat professor Van Neste ook zegt, afgezien van een paar ideale waarschijnlijk weinig voorkomende voorbeelden van mensen die werkelijk in een zeer heldere toestand verkeren en dat allemaal netjes kunnen voorbereiden, die heel die lange weg van die procedure standvastig kunnen gaan, daar bijna naar toe geleefd hebben, zijn de meeste situaties toch wel anders. We hebben daarentegen te maken met mensen die soms een zeer grote bewustzijnsvernauwing hebben, die maar halfbewust en in een toestand van zeer erge aftakeling of naderend levenseinde verkeren en waarbij die wet dan eigenlijk helemaal geen oplossing biedt.

Wanneer men werkelijk de wet toepast zoals zij hier beschreven is, zal men daar zeer weinig mensen mee kunnen helpen. Het zou een zeer discriminerende en elitaire wet kunnen worden, enkel voor de personen die aan al die voorwaarden kunnen voldoen, de mogelijkheid te hebben een verzoek te formuleren, de wilsbekwaamheid enz.

Mevrouw Descheemaeker (Agalev-Ecolo) meent begrepen te hebben bij zowel professor Van Neste als bij de heer Dupuis dat zij beiden geneigd zijn in geval van niet-terminale patiënten te verwijzen naar een aparte wetgeving rond de hulp bij zelfdoding. Zij heeft daarbij twee opmerkingen : ten eerste heeft zij de indruk dat de verantwoordelijkheid al te zeer wordt weggenomen van de arts en toegeschoven naar de patiënt zelf. Ten tweede dat dit fysisch-technisch niet altijd mogelijk is. Patiënten kunnen in een niet-terminale situatie verkeren waarbij zij technisch niet in staat zijn om de beschikbare middelen aan zichzelf toe te dienen of in te nemen. Op zich is dat een onduidelijke keuze.

De heer Van Parys (CD&V) meent dat het wetsontwerp zoals het nu voorligt een aantal fundamentele problemen stelt die vandaag voor een stuk aan bod zijn gekomen. Het openstellen van de mogelijkheid tot euthanasie voor niet-terminalen, waarop professor Van Neste de suggestie doet om dit afhankelijk te maken van gerechtelijke toetsing en uitspraak naar Angelsaksisch model en dus geen algemene regel uit te vaardigen, maar casus per casus individueel daaromtrent een toetsing te vragen aan de rechter. Wat betreft het openstellen van

médecine, le caractère temporaire de l'être humain. Soit on part d'un absolu scientifique qui veut que l'on puisse tout vaincre, abstraction faite des échecs, soit on accepte la réalité et on constate que malgré les diverses techniques curatives dont on dispose, il existe encore des maladies incurables.

Une deuxième question concerne la souffrance psychique insupportable. La sensation mentale de ne plus pouvoir supporter sa situation doit être liée à un état somatique. Seul, l'état psychique ne peut jamais constituer une raison suffisante.

Quoi qu'en dise le professeur Van Neste, et abstraction faite de quelques situations idéales — sans doute peu fréquentes — de patients réellement très lucides, à même de se préparer comme il se doit, en mesure de suivre toutes les étapes de la procédure avec ténacité, et vivant pratiquement en fonction de leur objectif final, la plupart des cas sont très différents. On a plutôt affaire à des patients qui, au contraire, ont parfois perdu une part importante de leur lucidité, qui ne sont que semi-conscients et qui se trouvent dans un état de dépérissement très avancé, ou qui sont très proches de la mort. Pour ceux-là, la loi n'apporte aucune solution.

Si l'on applique effectivement la loi telle qu'elle est décrite en l'espèce, on ne pourra aider que très peu de patients. La loi à l'examen pourrait aussi devenir une loi extrêmement discriminatoire et élitiste dont ne bénéficieraient que les personnes qui remplissent toutes les conditions prévues, qui ont la possibilité de formuler une demande, qui en sont capables, etc.

Mme Descheemaeker (Agalev-Ecolo) pense pouvoir déduire de l'intervention du professeur Van Neste et de celle de M. Dupuis qu'ils sont tous deux enclins, en ce qui concerne les patients non terminaux, à avoir recours à une législation distincte portant sur l'aide au suicide. Elle souhaite formuler deux observations à ce sujet : elle a, d'une part, le sentiment que l'on décharge le médecin de ses responsabilités d'une manière excessive pour les confier au patient; et elle estime, d'autre part, que ce n'est pas toujours possible sous l'angle physico-technique. Les patients peuvent, en effet, se trouver dans une phase non terminale où ils ne sont — techniquement — pas en mesure de s'administrer (ou d'absorber) les moyens disponibles. En soi, ce choix manque de précision.

M. Van Parys (CD&V) estime que, dans sa forme actuelle, le projet de loi à l'examen soulève un certain nombrede problèmes fondamentaux qui ont été partiellement abordés. C'est le cas de l'idée de permettre de pratiquer l'euthanasie sur des patients qui ne sont pas en phase terminale, une proposition à propos de laquelle le professeur Van Neste suggère de subordonner cette possibilité, sur le modèle anglo-saxon, à un contrôle et à une décision judiciaire et de ne pas édicter de règle générale mais de demander au juge de se prononcer au

de euthanasie voor de psychisch lijdenden, lijkt het duidelijk dat op dit ogenblik op basis van de huidige tekst zoals hij voorligt euthanasie effectief mogelijk is op dementerenden en chronisch depressieven. Dit stelt een enorm probleem omdat men minstens vanuit de filosofie van het ontwerp, wordt geconfronteerd met het probleem dat deze mensen hoedanook niet in staat zijn tot een voldragen wilsuiting. Wat is het standpunt van professor Cosyns ten aanzien van de mogelijkheid tot euthanasie die men biedt aan mensen die psychisch lijden ? De heer Van Parys heeft daarmee een fundamenteel probleem dat ook tot uiting is gekomen in het advies van de commissie voor de Volksgezondheid. Wanneer men in het wetsontwerp uitgaat van de wilsautonomie dan gelooft de spreker dat deze wilsautonomie slechts dan in aanmerking kan worden genomen wanneer het gaat om een voldragen wil. Professor Van Neste heeft daaromtrent gezegd dat er minstens een evenwicht zou moeten zijn tussen de wil van de patiënt en de medische noodzaak, het criterium dat eigenlijk al lange tijd een uitgangspunt was. Is het geen elementair gegeven om te komen tot een precieze en voldragen wilsuiting, dat er een voorafgaande ethische consultatie zou worden ingevoegd ? Professor Dupuis blijkt het daarmee eens te zijn. We zouden minstens moeten komen tot een dialoog, een consultatie, een voldragen uiting of kennis van wat de patiënt nu eigenlijk wil. De wijze waarop hij het uitdrukt is immers niet altijd de weergave van wat hij in essentie wil.

Mevrouw Jacqueline Herzet (MR) stelt vast dat professor Van Neste heeft verklaard dat euthanasie sinds mensenheugenis wordt toegepast op personen die zich in een terminaal stadium bevinden en die met ondraaglijke pijnen te kampen hebben.

Wat kan volgens hem worden gedaan voor personen die zich niet in een terminaal stadium bevinden, geen lichamelijke klachten hebben, maar de situatie waarin zij zich bevinden uitzichtloos vinden en geen zelfmoord kunnen plegen vanwege hun toestand ?

Bovendien vraagt zij hoe de professor de terminale fase definieert; gaat het enkel om personen die nog maar enkele dagen te leven hebben of mag ook een langere periode (zelfs jaren) in acht worden genomen ?

Mevrouw Colen (Vlaams Blok) heeft een opmerking bij de uiteenzetting van dokter Cosyns en een vraag gericht aan professor Van Neste en professor Dupuis.

Dokter Cosyns pleit heel sterk voor de vrije keuze van de patiënten en trekt een vergelijking met stervenszorg en bijvoorbeeld zwangerschap en thuisbevalling, tussen patiënten die kiezen om in het ziekenhuis omringd door hoog technologische apparatuur te sterven en zij die beslissen om thuis te blijven. Hij lijkt te concluderen dat de euthanasie, vooral in de thuiscontext op haar plaats zou zijn. Mevrouw Colen is zelf vijf keer thuis bevallen, juist met de bedoeling om het natuurlijk proces zijn gang te

cas par cas. En ce qui concerne le fait d'autoriser l'euthanasie dans le cas de patients en proie à des souffrances psychiques, il paraît évident que, sur la base du texte actuel, il est effectivement possible de pratiquer l'euthanasie sur des personnes atteintes de démence et de dépression chronique. Cela pose un grave problème, parce que, dans le cadre de la philosophie du projet, on traite avec des personnes incapables d'exprimer leur volonté de manière correcte. Quel est l'avis du professeur Cosyns quant à la possibilité de pratiquer l'euthanasie sur des personnes atteintes de souffrances psychiques ? M. Van Parys y voit un problème fondamental qui, du reste, est également évoqué dans l'avis de la commission de la Santé publique. Si l'on part, dans le projet, de l'idée de libre-arbitre, l'intervenant estime que l'on ne peut tenir compte de ce libre-arbitre que s'il s'agit d'une expression bien réfléchie de la volonté. Le professeur Van Neste a déclaré à ce sujet qu'il faudrait au moins tenter d'instaurer un équilibre entre la volonté du patient et la nécessité médicale, c'est-à-dire le critère qui a servi longtemps de point de départ. Ne serait-il pas élémentaire d'organiser une consultation éthique préalable afin d'en arriver à une expression de la volonté précise et bien mûrie ? Le professeur Dupuis semble marquer son accord. Il faudrait au moins arriver à un dialogue, une consultation, une expression réfléchie ou la connaissance de la volonté réelle du patient. La manière dont celui-ci s'exprime ne reflète en effet pas toujours ce qu'il veut vraiment.

Mme Jacqueline Herzet (MR) constate que le professeur Van Neste a déclaré que depuis des siècles l'euthanasie a été pratiquée sur des personnes qui se trouvaient au stade terminal et qui souffraient de douleurs insupportables.

Que propose-t-il de faire pour des personnes qui ne se trouvent pas au stade terminal, qui ne souffrent pas de douleurs physiques, mais qui ne peuvent plus supporter la situation dans laquelle ils se trouvent et qui ne savent pas se suicider à cause de leur état ?

En outre elle demande comment le professeur définit la phase terminale : s'agit-il seulement de personnes qui n'ont plus que quelques jours à vivre, ou est-ce qu'on peut envisager une période plus longue, voire des années ?

Mme Colen (Vlaams Blok) souhaite faire une remarque à propos de l'exposé du docteur Cosyns et adresser une question aux professeurs Van Neste et Dupuis.

Le docteur Cosyns est un farouche partisan du libre arbitre des patients et il se livre à une comparaison entre les soins palliatifs et, par exemple, la grossesse et l'accouchement à domicile, entre les patients qui choisissent de mourir à l'hôpital entouré d'appareillages ultramodernes et ceux qui décident de rester chez eux. Il semble vouloir conclure que l'euthanasie serait surtout indiquée à domicile. Mme Colen a accouché elle-même cinq fois chez elle, précisément dans l'intention de lais-

laten gaan en niet in te grijpen door apparatuur, door epidurale verdoving en zo. Ofwel ontbreekt hier een element ofwel is hier een contradictie tussen het pleidooi om te luisteren naar patiënten die zeggen : wij willen vooral thuis sterven, waarbij dit direct wordt verbonden aan een keuze om te beslissen wanneer men sterft. Op basis van ervaring denkt de spreekster, dat die vraag vooral wordt geïnspireerd door de reactie : « laat mij gerust met al die vragen, laat mij dat natuurlijk proces op dat moment beleven zoals het gebeurt, inclusief de doodstrijd ». Dat beslissen waar de heer Van Parys ook op gewezen heeft dat juist in zo'n momenten eigenlijk heel problematisch is.

De spreekster heeft de indruk dat professor Van Neste, naar aanleiding van de discussie rond het legaliseren van euthanasie heel de problematiek heeft willen opentrekken naar de volledige schemerzones van de beslissing, de medische beslissingen rond het levenseinde, dus inclusief wat wij passieve euthanasie noemen, stopzetten van medische behandeling en therapeutische hardnekkigheid, heel dat domein. Automatisch komt daarbij zowel de hulp bij zelfdoding, als de actieve euthanasie, aan bod. Waar het gaat om niet-terminalen, verwijst de professor naar de Angelsaksische geplogenheid om de zaken via gerechtszaken te regelen. Dan rijst de vraag : waarom kiezen voor een legalisatie, een wetgeving voor het regelen van euthanasie, waar de professor zelf zegt, waar het gaat over het levensbeëindigend handelen op verzoek van de patiënt, dus euthanasie, dat het ook zeer problematisch zal zijn om het te beperken tot terminalen omdat de procedure die voorgesteld wordt eigenlijk té omslachtig is en té zwaar is om juist door die mensen te worden gebruikt. Waarom wordt hier toch geopteerd voor een procedurele en wettelijke regeling die in zou gaan op dat verzoek en een bescherming bieden in plaats van de omgekeerde weg die de professor voorstelt bij zelfdoding en voor niet-terminale patiënten, namelijk de gerechtelijke weg van onderzoek van wat er mis is gegaan of waar de verschonende omstandigheden zijn enz. bij overtreden van de wet.

Waarom niet de veiligheid inbouwen via het laten bestaan van de wetgeving en de uitzonderingen via de gerechtelijke weg te laten gebeuren. Professor Dupuis stelt een derde weg voor waarbij hij zegt : de eerste weg is het luisteren naar de autonomie, het recht van de patiënt enz. waarbij men de patiënt eigenlijk eenzaam en alleen laat met zijn autonomie en ingaat op zijn verzoek. Professor Dupuis heeft erop gewezen, zonder daar veel bij uit te leggen, dat het verwerpen van het verzoek dogmatisch zou zijn. Waarom na te hebben verwezen naar maatschappelijke solidariteit, naar het feit dat men niet

ser le processus naturel suivre son cours et de ne pas intervenir à l'aide d'appareillages, d'anesthésie par épidurale, etc. En l'espèce, il manque soit un élément ou il existe soit une contradiction entre le plaidoyer pour que l'on écoute les patients qui déclarent qu'ils veulent surtout mourir chez eux, ce qui est directement lié au choix de décider de l'heure de sa mort. L'intervenante pense sur la base de l'expérience que cette question est surtout inspirée par la réaction : « Laissez-moi tranquille avec toutes ces questions, laissez-moi vivre ce processus naturel en ce moment comme il se déroule, y compris la lutte contre la mort ». Prendre cette décision précisément dans de tels moments est à vrai dire fort problématique, comme M. Van Parys l'a également souligné.

L'intervenante a l'impression que le professeur Van Neste a voulu élargir dans le cadre de la discussion, à propos de la légalisation de l'euthanasie, toute la problématique relative aux zones tout à fait grises de la décision, des décisions médicales concernant la fin de la vie, donc y compris ce que l'on appelle l'euthanasie passive, l'arrêt du traitement médical et de l'acharnement thérapeutique, tout ce domaine. Tant l'aide à la mort volontaire que l'euthanasie active entrent en l'espèce automatiquement en considération. Lorsqu'il s'agit de patients qui ne sont pas en phase terminale, le professeur se réfère à l'habitude anglosaxonne de régler les choses via des procédures judiciaires. On peut alors se poser la question : pourquoi opter pour une légalisation de l'euthanasie, pour une réglementation de l'euthanasie, alors que, comme le déclare le professeur lui-même, il s'agit de l'acte mettant un terme à la vie accompli à la demande du patient, donc de l'euthanasie, qu'il sera également très difficile de le limiter aux patients en phase terminale, parce que la procédure qui est proposée devient à vrai dire trop fastidieuse et trop lourde précisément pour être appliquée par ces personnes. Pourquoi opte-t-on tout de même en l'espèce pour une réglementation procédurale et légale qui ferait droit à cette demande et qui offrirait une protection au lieu de la méthode inverse que propose le professeur pour la mort volontaire et pour les patients non terminaux, à savoir la voie judiciaire de l'enquête sur ce qui a raté ou en quoi résident les circonstances atténuantes, etc. en cas de transgression de la loi.

Pourquoi ne pas prévoir la sécurité en maintenant la loi et permettre l'application d'exceptions par le biais de la voie judiciaire ? Le professeur Dupuis propose une troisième voie. Selon lui, la première voie est celle de l'écoute de l'autonomie, du droit du patient, etc., dans laquelle on laisse le patient seul face à son autonomie et on accède à sa demande. Sans fournir davantage de précisions, le professeur explique que le rejet d'une demande serait dogmatique. Pourquoi, après avoir invoqué la solidarité de la société, le fait qu'il ne faut pas accéder immédiatement à une demande mais plutôt ten-

onmiddellijk op een verzoek moet ingaan, maar dat men juist principieel moet proberen te helpen, de noodkreet te horen, waarbij hij pleit voor de palliatieve zorgen, voor een solidaire samenleving, op het einde, toch ook nog overwegen die euthanasievraag toch nog toe te laten ? Is dat omdat hij denkt : dan is er werkelijk geen andere mogelijkheid, of is dat gewoon omdat hij tot nu toe eigenlijk niet over alternatieven op dat punt heeft gedacht. Waarom toch nog meegaan in de legaliseringsgedachte, terwijl in de huidige toestand van verbod op euthanasie de rechters mee zijn met hun tijd en begrip hebben voor de problemen van patiënten en dokters ?

Mevrouw Martine Dardenne (Ecolo-Agalev) heeft een vraag of liever een bedenking voor professor Van Neste. Zijn discours was vooral juridisch georiënteerd en hij heeft gewezen op een aantal leemten in deze wet. Een hele reeks van situaties komt daarin immers niet aan de orde al vereisen ze niettemin wetgevend werk. Volgens haar heeft hij een aantal pistes aangegeven waarrond inderdaad kan worden gewerkt. Men heeft een strategische keuze gemaakt. Men heeft zich uitsluitend toegespitst op één vraagstuk en ervoor gekozen geen alomvattende wet op te stellen, want die zou heel wat moeilijkheden doen rijzen, wellicht nog meer dan de onderhavige wet. Er is dus een keuze gemaakt. Verdwijnt het begrip noodtoestand alleen omdat wetgevend wordt opgetreden inzake euthanasie ? Blijven die twee begrippen dan niet samengaan ? Het begrip noodtoestand moet met de nodige rechtszekerheid worden omringd, maar dan in een andere wet. Bij het begrip « uitzichtloos », zoals in het voorbeeld van een gewonde wiens situatie uitzichtloos zou zijn, is wel degelijk sprake van een noodtoestand. De professor lijkt ervoor beducht te zijn dat het criterium « uitzichtloos » bepalend wordt voor het ondraaglijk lijden, wat een probleem doet rijzen inzake samenhang en interpretatie.

De heer Joseph Arens (PSC) verklaart dat zijn fractie het moeilijk heeft met het euthanaseren van patiënten die niet in een terminale fase verkeren. De professoren Van Neste en Dupuis geven terecht aan dat dat probleem moet worden geregeld in een andere dan de voorliggende tekst.

Men heeft het gehad over de palliatieve zorg, maar men heeft niet de nadruk gelegd op het begrip « continue verzorging », dat nochtans passender lijkt.

Er is een poging om de continue thuisverzorging te ontwikkelen, maar er zijn veel te weinig middelen.

De hoofden van de diensten voor continue verzorging bevestigen dat hoe beter de kwaliteit van de verzorging is, hoe minder euthanasieverzoeken er zijn. Men komt tot een situatie waarin er nagenoeg geen euthanasieverzoeken meer zijn.

De spreker geeft het voorbeeld van een gehandicapte met dezelfde handicap als een persoon die zich onder mediabelangstelling had laten euthanaseren. Omdat die ter par principe d'aider, d'entendre le cri de détresse, après avoir plaidé en faveur des soins palliatifs, d'une société solidaire, finir malgré tout par envisager de permettre cette demande d'euthanasie ? Est-ce parce qu'il pense qu'il n'existe réellement pas d'autre possibilité ou n'a-t-il jusqu'à présent simplement pas pensé à des possibilités alternatives sur ce point ? Pourquoi se rallier à l'idée de la légalisation, alors qu'en l'état actuel d'interdiction de l'euthanasie, les juges vivent avec leur temps et comprennent les problèmes des patients et des médecins ?

Mme Martine Dardenne (Ecolo-Agalev) a surtout une question pour le professeur Van Neste, c'est plutôt un réflexion. Il a surtout parlé avec un souci juridique et donc il a pointé une série de lacunes qu'on peut effectivement voir dans cette loi et en disant : il y a toute une série de situations qui ne sont pas prises en compte et sur lesquelles il faudrait légiférer. Elle pense qu'il y a là effectivement une série de pistes de travail. On a fait un choix stratégique, on a fait un choix de se focaliser uniquement sur une question et de ne pas faire une loi tout à fait générale qui englobe tout, ce qui soulèverait pas mal de difficultés, encore plus peut-être que celle-ci ne peut en soulever. Il y a un choix qui a été fait. Est-ce que c'est parce qu'on légifère sur l'euthanasie, que la notion d'état de nécessité disparaît pour autant ? Et donc, est-ce que les deux notions ne restent pas concommittantes?

Il faudrait assurer la sécurité juridique de l'état de nécessité, par ailleurs, mais dans un autre texte. La notion de « sans issue » comme dans l'exemple d'un blessé dont la situation serait sans issue, et là l'état de nécessité joue, mais par ailleurs le professeur semble craindre que le critère sans issue ne devienne en fait le critère déterminant de la souffrance insupportable, ce qui pose un problème de cohérence et d'interprétation.

M. Joseph Arens (PCS) déclare que l'euthanasie de patients qui sont dans une phase non-terminale, pose problème pour son groupe. Quelque part, lorsque les professeurs Van Neste et Dupuis signalent qu'il faut régler ce problème dans un autre texte que le présent projet, ils ont raison.

On a parlé de soins palliatifs, mais on n'a pas accentué le concerpt « soins continus » qui pourtant semble plus adéquat.

Il y a le mouvement qui tend au développement des soins continus à domicile, mais qui manque sérieusement de moyens.

Les responsables d'unités de soins continus confirment que plus la qualité des soins est grande, moins il y a des demandes d'euthanasie, on en arrive à une situation où les demandes d'euthanasie n'existent pratiquement plus.

L'orateur cite une personne handicapée qui a le même handicap qu'une autre personne qui s'est fait euthanasier devant les médias, et qui ne partage pas la peur de mourir

persoon goed, op de juiste plaats en met de gepaste technieken werd verzorgd, was hij niet bang voor een aantal verwikkelingen, en dat heeft die andere persoon ertoe aangezet om euthanasie te verzoeken.

Hij vraagt zich af of voor sommige zieken geen reëel probleem bestaat om zich op de juiste plaats te laten verzorgen.

De heer Yvan Mayeur (PS) constateert dat men het veel heeft over terminale en niet-terminale fase. Hij heeft daarover een aantal artsen ondervraagd, onder meer van het Instituut Jules Bordet in Brussel. Zij kunnen geen precieze definitie geven van terminale en niet-terminale fase. Hij vraagt niet beter dan dat juristen die fases op een duidelijke en verstaanbare wijze in één zin kunnen omschrijven.

Voor het overige — maar dat zou leiden tot een eindeloos debat — is hij het niet eens met een aantal filosofische bedenkingen die zijn gemaakt. Volgens hem zijn er op een bepaald punt geen raakvlakken meer zijn tussen twee levensbeschouwelijke keuzes. Hij is van oordeel dat de geneeskunde er vanaf een bepaald ogenblik moet op gericht zijn een einde te maken aan de pijn en zich niet alleen mag toespitsen op het begrip leedverzachtende zorg. Dat is een fundamenteel verschil tussen twee totaal verschillende levensbeschouwingen.

De voorzitter, de heer Fred Erdman (SP.A) stelt dat dokter Cosyns nogal veel de nadruk legt op de rol van de arts ten overstaan van de patiënt. Die patiënt komt als het ware maar in de tweede plaats in de besluitvorming. Dit komt waarschijnlijk omdat hij eigenlijk veel meer alle mogelijke bijkomende facetten onder ogen neemt waar een arts inderdaad een veel crucialere rol speelt. Het medisch geassisteerd beëindigen van een leven is één aspect, maar het intensiveren van pijnstillers enz. en het niet instellen of het staken van een potentieel levensverlengende behandeling, daar speelt de arts natuurlijk een veel grotere rol.

Professor Van Neste zegt, ingaande op de suggesties van de Raad van State dat men ruimer zou moeten legifereren, er zijn teveel schemerzones. Men kan natuurlijk ook een juridische tekst in die mate interpreteren dat hij enkel dat regelt wat hij regelt en dat men mogelijkerwijze andere facetten van de problematiek *hic et nunc* niet wil, niet kan, niet mag, regelen. En dus die schemerzone waar professor Van Neste op doelt zijn andere domeinen die inderdaad door deze tekst niet worden geregeld. De heer Erdman heeft wel wat problemen met de voorgestelde gerechtelijke toetsing naar Angelsaksisch model. Als voor terminale patiënten de procedure veel te lang zou zijn, dan zal de gerechtelijke toetsing voor niet-terminale patiënten waarschijnlijk ook te lang duren. De gerechtelijke procedure zou ook tot gevolg étouffé dans les glaires etc. qui a finalement poussé l'autre personne à l'euthanasie, parce qu'il s'est soigné au bon endroit, avec les bonnes techniques.

Il se demande s'il n'y a pas réellement des problèmes pour certains malades pour se faire soigner au bon endroit.

M. Yvan Mayeur (PS) constate qu'on parle beaucoup de phase terminale et de phase non-terminale. Il a interrogé un certain nombre de médecins qui pratiquent tous les jours, par exemple à l'institut Jules Bordet à Bruxelles. Ils ne savent pas donner de définition précise de la phase terminale et de la phase non-terminale. Mais si des juristes peuvent en une phrase définir ces phases de façon claire et compréhensible, il est très demandeur.

Pour le reste, mais ce serait l'objet d'un débat sans fin, il ne partage pas du tout un certain nombre de réflexions philosophiques qui ont été émises. Il pense qu'à un moment donné il y a quelque chose qui est irréductible entre deux options philosophiques. Fondamentalement il croit qu'à un certain moment la médecine doit se concentrer sur l'arrêt de la douleur et pas seulement sur la notion palliative. Il y a là vraiment une divergence fondamentale entre des hémisphères philosophiques complètement différents.

Le président, M. Fred Erdman (SP.A), précise que le docteur Cosyns met assez fortement l'accent sur le rôle que joue le médecin par rapport au patient. Ce dernier n'occupe en quelque sorte qu'une place secondaire dans le processus décisionnel et ce, probablement, parce qu'il prend beaucoup plus en compte tous les autres domaines possibles dans lesquels un médecin joue un rôle beaucoup plus crucial. La fin de vie médicalement assistée est un aspect de la problématique, mais le médecin joue naturellement un rôle beaucoup plus important en ce qui concerne le recours plus intensif aux analgésiques, etc., et la non-administration ou la cessation d'un traitement susceptible de prolonger la vie.

Le professeur Van Neste, s'intéressant à la suggestion du Conseil d'État selon laquelle on devrait légiférer de manière plus large, déclare qu'il y a trop de zones d'ombre. On peut naturellement interpréter un texte juridique de manière à ce qu'il ne règle que ce qu'il règle et que l'on ne veuille pas ni ne puisse régler éventuellement *hic et nunc* d'autres aspects de la problématique. Et donc cette zone d'ombre à laquelle le professeur Van Neste fait allusion, ce sont d'autres domaines qui ne sont effectivement pas réglés par ce texte. M. Erdman estime que le contrôle judiciaire proposé de type anglo-saxon pose de nombreux problèmes. Si la procédure est beaucoup trop longue pour des patients en phase terminale, le contrôle judiciaire prendra probablement aussi trop de temps pour des patients ne se trouvant

hebben dat heel veel personen aan het juridische debat zouden deelnemen.

Al die moeilijkheden waren onder meer de reden dat de spreker samen met zijn mede-indiener, de heer Lallemand, in een eerder voorstel afgestapt is van deze procedure.

Hij vraagt aan professor Dupuis welke waarde hij toekent aan de wilsautonomie. In de dialoog tussen arts en patiënt zit zeker een gegeven dat reeds een impliciet antwoord is op de opmerkingen die werden gemaakt over de psychiatrisch en psychisch zieken. Voor hen is er op dat moment geen wilsautonomie. Derhalve is het vanzelfsprekend dat de tekst ter zake niet geldt.

Een vraag gericht aan de drie professoren : waarom terminologie gebruiken die niet in de wet staat ? « Terminaal » en « niet-terminaal », staan niet in de tekst. En die is tijdsgebonden. Het gaat om een evaluatie die eventueel wordt doorgevoerd in één van de aspecten, het is het onomkeerbare van de situatie dat belangrijk is, gekoppeld aan het element pijn. Dat is het belangrijke element en het tijdselement is in feite maar een bijkomend element dat mogelijkerwijze tot bijkomende procedures leidt.

In een eerste fase, om gevangenisstraf te vermijden, zullen de geneesheren waarschijnlijk in de eerste plaats de zwaardere procedures gebruiken omdat ze geen elementen hebben.

De heer Mayeur heeft gelijk waar hij stelt dat momenteel een sluitende juridische definitie niet bestaat.

*
* *

Professor Van Neste maakt een onderscheid tussen zijn persoonlijk standpunt en zijn benadering die hij heeft gegeven omtrent de wetsontwerpen die voorliggen. Zijn persoonlijk standpunt is dat euthanaserend handelen ethisch, moreel gerechtvaardigd en verantwoord kan zijn. Moreel en ethisch en dus ook deontologisch voor de arts in bepaalde situaties waar hij staat voor een dramatische toestand waarin hij samen met zijn patiënt gewikkeld is en waarin hij probeert hem nog te helpen, maar dat niet meer kan met de middelen waarover hij beschikt. Dat is de gelegitimeerde vorm van euthanasie die al sedert eeuwen aanvaard is. En wanneer men dan jaren geleden vroeg of men dat wettelijk moest reguleren en zelfs legaliseren, dan was het antwoord « neen; laat dat maar over aan de artsen ». De medische ethiek op dat punt is duidelijk genoeg.

Maar tien of elf of twaalf jaar geleden, ook onder invloed van het debat dat hier begon naar aanleiding van de discussie in Nederland, kwam de spreker tot het besef dat er in de eerste plaats misbruiken zijn en een

pas en phase terminale. La procédure judiciaire aurait aussi pour conséquence que de très nombreuses personnes participeraient au débat juridique.

Toutes ces difficultés expliquent notamment que l'intervenant ait, tout comme son coauteur, M. Lallemand, renoncé à cette procédure dans une proposition antérieure.

Au professeur Dupuis, il demande quelle valeur il accorde à l'autonomie de la volonté ? Parce que, dans le dialogue patient-médecin, il y a indiscutablement un élément qui est déjà une réponse implicite aux remarques qui ont été faites au sujet des patients psychiatriques et psychiques, parce qu'à ce moment-là pour eux il n'y a pas d'autonomie de la volonté. Et donc automatiquement, le texte ne s'applique pas.

Une question posée aux trois professeurs : pourquoi utiliser une terminologie qui ne figure pas dans la loi. Les mots « phase terminale » et « phase non terminale » ne figurent pas dans le texte. Cette qualification varie en fonction du moment. Il s'agit d'une évaluation qui doit éventuellement être effectuée dans l'un des aspects. C'est le caractère irréversible de la situation, allié à l'élément « douleur », qui est important. Le facteur « temps » n'est en fait qu'un élément secondaire, qui peut éventuellement donner lieu à des procédures complémentaires.

Dans une première phase, en vue d'éviter une peine d'emprisonnement, les médecins appliqueront vraisemblablement les procédures plus lourdes, parce qu'ils ne disposent pas d'éléments.

M. Mayeur a raison lorsqu'il déclare qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de définition juridique claire.

*
* *

Le professeur Van Neste opère une distinction entre son point de vue personnel et l'analyse qu'il a donnée des projets de loi à l'examen. Son point de vue personnel est que l'intervention euthanasique peut se justifier d'un point de vue éthique et moral. Elle peut ainsi se justifier d'un point de vue moral et éthique et, partant, déontologique, lorsque le médecin se trouve face à une situation dramatique, une situation où il essaie encore et encore d'aider son patient, mais où les médicaments dont il dispose ne sont plus d'aucun secours. C'est la forme légitimée de l'euthanasie, celle qui est acceptée depuis des siècles. Et lorsqu'on demandait, il y a des années, s'il fallait réglementer légalement cette forme d'euthanasie, voire la légaliser, la réponse était : « non, laissez le soin au médecin d'en décider ». Sur ce point, l'éthique médicale est suffisamment claire.

Il y a une dizaine d'années, notamment sous l'influence du débat qui s'engageait ici dans la foulée de la discussion qui a eu lieu aux Pays-Bas, l'intervenant s'est rendu compte qu'il y a avait, tout d'abord, des abus et une zone

schemerzone en ten tweede dat er diverse stromingen zijn in onze samenleving over leven en dood, over sterven. De ene levensvisie ziet het leven in de eerste plaats als een gave en houdt rekening tot en met het einde, met de solidariteit van de anderen en anderzijds is er toch een vrij sterke stroming van mensen in onze westerse samenleving die het leven meer en meer zien als een opgave voor de persoon zelf die wanneer er moeilijkheden zijn en lijden tot en met sterven, hij zijn bestaan zelf in regie wil nemen, het zelfbeschikkingsmodel. Onder invloed van die misbruiken en dan ook rekening houdend met en zelfs onder de indruk van die tegengestelde stromingen is de spreker tot de overtuiging gekomen dat er wel een regulering moet zijn, maar alleen rekening houdend met de feitelijke toestand. We zijn nu 10 jaar verder, intussen is er een publiek debat en ook een politiek debat over gevoerd, men heeft heel wat wetsontwerpen en wetsvoorstellen opgesteld.

De professor is het eens met sommige bepalingen in die wetsontwerpen, tegenover andere staat hij eerder kritisch.

Zo beantwoordt Titel V van zijn eigen ontwerptekst waar die handelt over levensbëeindigend handelen, hulp bij zelfdoding, niet aan zijn persoonlijk standpunt omtrent stervensbegeleiding.

Het voorstel om voor de niet-terminale patiënten een regeling uit te werken waarbij een gerechtelijke instantie het verzoek zou toetsen, dient te worden gezien als een poging om het onderhavig wetsontwerp ethisch meer aanvaardbaar te maken.

In antwoord op de vraag van de voorzitter antwoordt professor Van Neste dat hij, zoals de Raad van State, de aandacht vestigt op een aantal zaken die niet geregeld zijn en die zich dus in een schemerzone bevinden.

Dat is natuurlijk een ander aspect dan het levensbeëindigend handelen, dan de problematiek van de euthanasie. In het raadgevend comité voor bio-ethiek heeft men dat in 1996 ook reeds gedaan. Men heeft de problematiek, opgedeeld in een aantal punten en beslist om de meest dringende namelijk euthanasie te regelen. Vanaf het begin heeft hij erop gewezen, dat alleen euthanasie regelen zonder rekening te houden met heel de omgeving van het medisch begeleid sterven, niet zeer efficiënt zou zijn. Euthanaserend handelen is uiteindelijk toch een grens oversteken, tussen leven en dood. Mag men dat, mag men dat niet ? Kan men daarbij helpen of niet ? Mag men dat wetens en willens doen ? Inzake het probleem van de immigratie willen sommigen dat de grenzen van Europa worden gesloten maar in feite kan dat niet meer, men moet vluchtelingen, asielzoekers op één of andere manier opvangen. Enkel een officiële procedure uitwerken zonder de grenzen effectief te controleren volstaat niet. Euthanasie met of zonder verzoek legaliseren kan, maar daarbij geen rekening houden met de vele sluipwegen waarbij men effectief d'ombre et, ensuite, divers courants concernant la vie et la mort dans notre société. Selon une première vision de la vie, la vie est un don et la solidarité des autres est prise en considération jusqu'à la fin. D'autre part, il y a, dans notre société occidentale, un courant relativement fort de personnes qui considèrent de plus en plus que la vie est une épreuve de la personne même qui, en cas de difficultés et de souffrances, voire de mort, veut prendre sa propre existence en main, selon le modèle de l'autodétermination. À la vue de ces abus et sous l'influence de ces courants contradictoires, l'intervenant a acquis la conviction qu'une réglementation est nécessaire, qui tienne uniquement compte de l'état de fait. Dix ans ont passé et, entre-temps, la question fait l'objet d'un débat public et d'un débat politique et nombre de projets et de propositions de loi ont été rédigés en la matière.

Le professeur se rallie à certaines dispositions de ces projets de loi, mais se montre relativement critique à l'égard d'autres dispositions.

C'est ainsi que le Titre V de son propre projet de texte, qui traite de l'interruption de vie, de l'aide au suicide, ne correspond pas à sa vision personnelle de l'accompagnement au moment de la mort.

La proposition visant à mettre au point une réglementation pour les patients qui ne sont pas en phase terminale, selon laquelle une instance judiciaire serait chargée de contrôler la demande, doit être vue comme une tentative de rendre le projet de loi à l'examen plus acceptable sur le plan éthique.

En réponse au président, le professeur Van Neste précise qu'à l'instar du Conseil d'État, il attire l'attention sur un certain nombre d'aspects qui n'ont pas été réglés et qui se situent dès lors dans une zone d'ombre.

C'est naturellement un autre aspect que la pratique de l'euthanasie, que la problématique de l'euthanasie. Au Comité consultatif de bioéthique, on a également fait ça en 1996. On a réparti la problématique en une série de points et décidé de régler les plus urgents, à savoir celui de l'euthanasie. Dès le début, la Comité a insisté sur le fait que régler seulement l'euthanasie sans tenir compte de tout l'environnement de la mort médicalement assistée ne servirait pas à grand-chose. Pratiquer l'euthanasie, c'est finalement franchir une frontière, entre la vie et la mort. Le peut-on ? Ne le peut-on pas ? Peut-on apporter une aide ou non ? Peut-on le faire sciemment ? S'agissant du problème de l'immigration, certains voudraient que l'on ferme les frontières de l'Europe, mais dans les faits, ce n'est pas tenable, il nous faut d'une manière ou d'une autre accueillir des réfugiés, des demandeurs d'asile. Mettre au point une procédure officielle sans organiser un contrôle effectif des frontières ne suffit pas. Légaliser l'euthanasie avec ou sans requête, c'est possible, mais si l'on ne tient pas compte des nombreuses voies détournées qui permet-

tief ook tot levensbeëindigend handelen kan komen via de zovele medische handelwijzen, dat is maar half werk.

Een andere vraag betreft de begrippen « terminaal – niet-terminaal ». Het valt op dat men die termen vermijdt. Inderdaad reeds in het raadgevend comité voor bio-ethiek was de term « terminaal – niet-terminaal » dubbelzinnig. De enen vatten dat op als een tijdsfactor, anderen steunden zich op het onomkeerbare van een toestand. Vandaar is het inderdaad wellicht beter duidelijk te zeggen wat het determinerend criterium is.

De heer Van Neste vreest dat het criterium, zoals in Nederland « de uitzichtloosheid » zal worden. Als men nu een ander criterium aanwendt dan hetgeen oorspronkelijk als ethische verantwoording gold voor euthanasie en vooral rekening houdt met de zovele middelen die men nu heeft om de pijn te verzachten, dan komen we tot een heel ander beeld, een heel ander gestalte, een heel ander type van euthanasie. Het uitzichtloze is ook niet zo vaststaand en zeker. Het kan zeker zijn voor bepaalde aandoeningen. Voor andere aandoeningen kan men toch verwachten dat er nog wel kan worden gehoopt. Er worden voortdurend nieuwe medicamenten en nieuwe technieken ontworpen. De professor citeert een artikel uit het tijdschrift voor gezondheidsrecht van dokter Kras en professor Van Sweevelt van de universiteit Antwerpen die verslag uitbrengen over drie adviezen van de commissie voor medische ethiek van de universiteit Antwerpen omtrent niet-terminale patiënten die euthanasie hadden gevraagd. De gevallen waren de ziekte van Huntington, een geval van zware verlamming (ALS) en een kanker. Het ging alle drie wél over mensen op leeftijd. In twee gevallen heeft de commissie voor medische ethiek een negatief advies gegeven en één geval, namelijk dit van kanker, hebben ze een positief advies gegeven. Maar in het eerste geval, namelijk de ALS heeft de patiënt nadien toch zelfmoord gepleegd. De legalisering van euthanasie voor niet-terminale patiënten gaat duidelijk uit van de levensvisie die steunt op het zelfbeschikkingsrecht. De professor van zijn kant meent dat men toch wel zeer strenge voorwaarden moet stellen. Daarom heeft hij voorgesteld dat er zeker in dat geval een gerechtelijke toetsing zou zijn. En dat gaat verder dan wat men in het comité voor bio-ethiek had voorgesteld in het derde voorstel, namelijk dat dan minstens een ethisch moment zou worden ingebouwd.

Dokter Cosyns ontkent dat hij de palliatieve zorg niet wil uitbreiden naar de continue zorg, hij heeft dit juist wél naar voor gebracht door zelfs te stellen dat in het koninklijk besluit nr 78 naast het preventief en het curatief handelen, wel degelijk ook de ganse zorgproblematiek naar voren moet komen. Palliatieve zorg is daarvan één element en mag niet worden gelijkgesteld aan de zorg over gans het leven bij alle ongeneeslijke en niet-ongeneeslijke ziekten, ook de acute aandoeningen. Voor alle ziekten wordt gepoogd om naast het louter medische,

tent effectivement aussi de pratiquer l'euthanasie grâce aux si nombreux procédés médicaux, ce n'est que du travail à moitié fait.

Une autre question concerne les notions de « terminal/non-terminal ». On remarquera que ces termes sont évités. Déjà, au Comité consultatif de bioéthique, les termes « terminal/non-terminal » étaient ambigus. Les uns y voient un facteur temps, les autres le caractère irréversible d'une situation. Il serait donc peut-être souhaitable de préciser clairement quel est le critère déterminant.

M. Van Neste craint que le critère ne devienne, comme aux Pays-Bas, le caractère « sans issue ». Si l'on utilise aujourd'hui un autre critère que celui qui initialement valait comme justification éthique pour l'euthanasie et si l'on tient principalement compte des nombreux moyens disponibles pour atténuer la douleur, on obtient une toute autre image, une toute autre forme, un tout autre type d'euthanasie. Le caractère sans issue n'est pas non plus certain dans tous les cas. Il peut être réel pour certaines maladies, tandis que pour d'autres, il peut encore y avoir de l'espoir. On développe continuellement de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques. Le professeur cite un article de la *Revue de droit de la santé* rédigé par le docteur Kras et le professeur Van Sweevelt de l'université d'Anvers dans lequel ils relatent les trois avis de la commission sur l'éthique médicale de l'université d'Anvers relatifs aux patients n'étant pas en phase terminale qui ont demandé une intervention euthanasique. Les cas concernaient la maladie d'Huntington, un cas de paralysie lourde (ALS) et un cancer. Dans ces trois cas, il s'agissait bien de personnes d'âge avancé. Dans deux de ces cas, la commission d'éthique médicale a rendu un avis négatif et dans un cas, à savoir celui du cancer, elle a rendu un avis positif. Mais dans le premier cas, celui de l'ALS, le patient s'est par la suite quand même donné la mort. La légalisation de l'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale part clairement du principe que la vision de la vie s'appuie sur le droit à l'autodétermination. Le professeur, quant à lui, estime qu'il convient malgré tout de poser des conditions très strictes. C'est pourquoi il a proposé que soit effectué, certainement dans ce cas, un contrôle judiciaire, ce qui va plus loin que ce qui avait été proposé au sein du comité de bioéthique lors de la troisième proposition, à savoir qu'il devait au moins y avoir un moment éthique.

Le docteur Cosyns nie ne pas vouloir étendre les soins palliatifs aux soins continus. C'est précisément ce qu'il a proposé en précisant même qu'outre les actes préventifs et curatifs, l'arrêté royal n° 78 devrait également prévoir toute la problématique des soins. Les soins palliatifs en sont un élément et ne peuvent être assimilés aux soins dispensés tout au long de la vie en cas de maladies curables et incurables, même en cas d'affections aiguës. On tente, pour toutes les maladies, de décrire, outre le traitement purement médical, les soins et,

ook de zorgbehandeling te beschrijven en eventueel ook, hoe men in deze situaties soms sterft.

De spreker is dus voorstander van volledige erkenning van alles wat palliatieve zorg is, ook het aspect zorgverlening. Zijn vrees is alleen dat de betekenis ervan wordt uitvergroot omdat het gekoppeld is aan de euthanasie. Men definieert ze meteen ook alleen als zijnde die zorg die men verleent bij het levenseinde, bij stervende mensen, maar het gaat toch om veel meer dan medische stervensbegeleiding.

Dat hangt ook af van het kader waarin deze wetgeving terechtkomt. Het aspect patiëntenrechten of patiëntenzorg dient zeker in aanmerking te worden genomen en als deze wet er komt, zal men moeten refereren naar die andere wetten die in bespreking zijn en die de patiënt bij de zorg betrekken.

De autonomie van de patiënt is héél belangrijk en komt niet in tweede instantie. Maar als het een patiënt betreft, dan heeft dit hoedanook te maken met medische zorgverstrekkers en is overleg nodig. Het gaat niet over het zelfdodingsrecht van de individuele burger, daar is een andere wetgeving voor nodig. Hier gaat het effectief over de patiënt voor wie autonomie en zelfbeslissingsrecht primordiaal is, maar in overleg. Want hoe zou hij toestemming kunnen geven als hij of zij niet weet waarover het gaat in gans die medische context. Vandaar het voorstel van een overlegstructuur met een uiteindelijke autonome keuze van de patiënt.

De spreker wenst even in te gaan op de vergelijking met de thuisbevalling. In Nederland is het heel specifiek : daar worden de euthanasiegevallen voor 85 % door huisartsen gepleegd, de meeste daarvan doen ook allemaal thuisbevalling. En men heeft zich ook afgevraagd hoe zij langs de ene kant het natuurlijke element van het thuisbevallen voorstaan en anderzijds dan blijkbaar ook diegenen zijn die euthanasie of het levensbeëindigend handelen als bewuste keuze van de patiënt uitvoeren. Dat is echter geen contradictie. Het gaat hier wel degelijk over een patiënt die meestal al heel wat levensverlengende handelingen heeft ondergaan, allerlei therapieën heeft doorstaan en die op een bepaald moment zegt, al wat er nu nog bijkomt hoeft voor mij niet meer, want dat verbetert mijn levenskwaliteit niet meer. Dat is de reden waarom juist die artsen en die zorgverleners, het gaat niet alleen over artsen, (maar ook over verpleegkundigen, enz.) samen met de patiënt tot die keuze komen. De techniciteit van de kliniekomstandigheden is dan eigenlijk niet meer nodig. In die situaties volgt men het natuurlijk proces niet meer, de geneeskunde heeft in dat leven al zeer sterk ingegrepen, zodat niet meer over een natuurlijke doodstrijd kan worden gesproken.

éventuellement, le processus menant à la mort dans ces situations.

L'intervenant est donc partisan d'une reconnaissance complète de tous les soins palliatifs et de l'aspect concernant la prestation de soins. Il craint uniquement que leur importance soit accentuée du fait qu'ils sont liés à l'euthanasie. On les définit aussi uniquement comme étant les soins administrés en fin de vie aux personnes mourantes, même si cela englobe malgré tout bien plus que l'accompagnement médical de la mort.

Cela dépend également du cadre dans lequel cette loi s'inscrira. L'aspect relatif aux droits des patients ou à la prise en charge des patients doit assurément être pris en considération et, si cette loi est adoptée, il conviendra de renvoyer aux autres lois qui sont à l'examen et qui associent le patient aux soins.

L'autonomie du patient est essentielle et n'est pas reléguée au second plan. Toutefois, lorsque cela concerne un patient, cela concerne de toute façon les prestataires de soins médicaux et la concertation s'impose. Il ne s'agit pas du droit au suicide du citoyen, qui relèverait d'une autre loi. Il s'agit effectivement du patient, pour qui l'autonomie et de droit de décision sont primordiaux, mais dans le cadre d'une concertation. Comment pourrait-on en effet donner son consentement sans savoir de quoi il s'agit dans l'ensemble du secteur médical ? C'est pourquoi il est proposé de créer une structure de concertation, dans laquelle le choix autonome appartiendrait finalement au patient.

L'intervenant souhaite approfondir quelque peu la comparaison avec l'accouchement à domicile. Aux Pays-Bas, la situation est très spécifique : 85 % des interventions euthanasiques y sont pratiquées par des médecins généralistes et la plupart de ceux-ci pratiquent également l'accouchement à domicile. Et l'on s'est aussi demandé comment il se fait que ceux qui défendent le caractère naturel de l'accouchement à domicile sont visiblement les mêmes que ceux qui pratiquent l'euthanasie ou l'intervention euthanasique en réponse à un choix conscient du patient. Il n'y a cependant pas de contradiction. Il s'agit effectivement ici d'un patient qui a déjà subi de nombreux traitements destinés à prolonger sa vie, qui a enduré toutes sortes de thérapies et qui, à un moment donné, estime qu'il n'est plus nécessaire d'essayer d'autres traitements, car ceux-ci ne contribueront plus à améliorer sa qualité de vie. C'est précisément la raison pour laquelle ces médecins et ces dispensateurs de soins — en effet, il ne s'agit pas uniquement de médecins mais aussi d'infirmiers, etc. — en arrivent à ce choix, en concertation avec le patient. En fait, la technicité de l'environnement hospitalier n'est dès lors plus nécessaire. Dans ces situations, on ne suit plus le processus naturel, la médecine a déjà tellement agi sur la vie du patient que l'on ne peut plus parler d'une lutte naturelle contre la mort.

Een ander, en belangrijk punt, betreft het psychisch lijden wat de spreker zelf zou omschrijven als psychiatrisch lijden. Uitzichtloos lijden impliceert een zekere tijdsduur, maar ook het medisch uitzichtloze, het onomkeerbare en ondraaglijke lijden van de patiënten zelf. Die twee gaan altijd samen. Tijd zou in deze situaties zeer belangrijk kunnen zijn in functie van de vraag hoelang men erover doet om tot een besluit te komen. De zeer weinige gevallen die we kennen, gaan over jaren, tientallen jaren soms, het gaat over chronisch depressieven waar men alles en nog wat voor gedaan heeft. Misschien willen die mensen zelf niet sterven, maar op een bepaald moment ervaren zij : dit kan écht niet meer verder, dit is voor mij echt ondraaglijk. Dokter Cosyns denkt dat er een mogelijkheid moet zijn om ook die mensen te helpen in hun stervensbegeleiding. Hij weet dat velen daar niet mee akkoord gaan, het is ook een moeilijke zaak. Volgens hem is er echter geen gerechtelijke procedure *a priori* noodzakelijk, maar een medische, verzorgende, verplegende, sociale, spirituele procedure. In Nederland zijn daar specifieke voorbeelden van te vinden, maar die zijn waarschijnlijk heel weinig frequent. Geven wij door dit in een wet op te nemen niet het signaal dat alle chronisch depressieve personen zomaar kunnen grijpen naar een bepaalde wettekst, om levensbeëindiging te verkrijgen ? Daarom moet deze tekst in zijn beperktheid tegenover meer specifieke patiëntenrechten worden gesitueerd. Voor dementerenden ligt het nog anders en nog moeilijker en al zorgt de maatschappij voor voldoende opvang, nog zijn er personen die zich niet meer in die mate willen laten verzorgen, omdat zij die zorg niet als levenskwaliteit voor zichzelf kunnen ervaren, zij vragen : « is dit voor mij nu nog echt leven ? ». Wij moeten beslissen om daarin te helpen, in deze ook weer uitzonderlijke situatie, denkt de spreker dit aan te kunnen, in overleg. De vraag is dan ook weer : in welke mate moet dit in een wet worden opgenomen en welk signaal moet daar van uitgaan, deze beslissing behoort aan de wetgever.

Professor Dupuis staat stil bij een aantal aspecten van de euthanasie. *De band tussen arts en patiënt : paternalisme of autonomie ?* Terzake wordt het hoog tijd komaf te maken met het idealistische en wollige discours dat voorbijgaat aan de concrete — en veel complexere — situatie waarin de patiënt zich bevindt. Het is gevaarlijk en onpragmatisch wetteksten te baseren op simplistische tegenstellingen van het type « autonomie of niet ». Uiteraard is het allesbehalve eenvoudig vast te stellen of een patiënt al dan niet zijn toestemming geeft. Als die

Un autre point, qui a aussi son importance, concerne la souffrance psychique, que l'orateur lui-même qualifierait de souffrance psychiatrique. La souffrance qui n'offre aucune perspective implique une certaine durée, mais aussi une souffrance sans espoir sur le plan médical, irréversible et insupportable dans le chef du patient lui-même. Ces deux choses vont toujours de pair. Dans de telles situations, le temps pourrait revêtir une importance considérable en fonction du délai nécessaire pour parvenir à une décision. Dans les très rares cas que nous connaissons, il s'agit d'années, de dizaines d'années parfois, il s'agit de dépressifs chroniques pour lesquels on a fait tout ce qui était possible, et au-delà. Peut-être les personnes elles-mêmes ne veulent-elles pas mourir, mais, à un certain moment, elles se rendent compte que ce la ne peut vraiment pas continuer comme cela et que la souffrance est trop insupportable. Le professeur Cosyns estime qu'il doit aussi y avoir une possibilité d'aider ces gens également en les accompagnant face à la mort. Il sait que nombreux sont ceux qui ne partagent pas cet avis et qu'il s'agit d'un problème délicat. Selon lui, il n'est cependant pas nécessaire, a priori, de prévoir une procédure judiciaire, mais il faut organiser une procédure médicale, d'assistance, de soins, sociale et spirituelle. Aux Pays-Bas, on en trouve des exemples spécifiques, mais ils sont vraisemblablement très peu fréquents. En prévoyant de telles dispositions dans une loi, n'allons-nous pas donner l'impression que toutes les personnes souffrant d'une dépression chronique peuvent invoquer un texte légal déterminé pour obtenir leur euthanasie ? C'est pourquoi il faut rapprocher ce texte, d'une portée restreinte, de droits du patient plus spécifiques. Dans le cas de déments, les choses se présentent encore différemment et sous un angle encore plus délicat, et, bien que la collectivité assure une prise ne charge suffisante, il y a encore des personnes qui ne veulent plus se faire soigner de la sorte parce qu'elles n'ont pas le sentiment que ces soins améliorent la qualité de leur existence; elles se demandent si vivre de cette façon est encore véritablement vivre. Nous devons décider de les aider. Dans cette situation de nouveau exceptionnelles, l'orateur pense être ne mesure de la faire, en concertation. La question qui se pose de nouveau est celle de savoir dans quelle mesure cela doit figurer dans un texte légal et quel signal doit en émaner. Cette décision appartient au législateur.

Le professeur Dupuis formule quatre remarques. En ce qui concerne la question à propos de l'autonomie ou du paternalisme en médecine il est urgent de ne plus se fier à une philosophie idéaliste qui voit des concepts et des notions dans le ciel et qui oublie que dans la réalité la situation des patients affaiblis, est beaucoup plus complexe. Avoir des textes de lois qui visent des notions trop simples, du genre « liberté versus pas liberté » « autonomie versus pas autonomie », paraît tout à fait dangereux et manquer de pragmatisme. On peut recon-

toestemming wordt herleid tot het plaatsen van een handtekening, dan is er geen probleem : dat kan bij de opname in het ziekenhuis gebeuren. Ziet men die toestemming daarentegen als een échte informatieoverdracht waaruit blijkt dat de patiënt weet waar het om draait, dan liggen de zaken veel ingewikkelder. Bovendien is autonomie geen vast maar een evoluerend gegeven dat, in het geval van een ongeneeslijke ziekte, uitdraait op de dood. We betreden hier een gevaarlijk terrein, met name dat van de fictie. In sommige vakgebieden, zoals in het overeenkomstenrecht, is het noodzakelijk fictieve begrippen te hanteren. Dimensies zoals lijden, pijn, vrijheid en zingeving hebben daarentegen niets te maken met fictie, maar met het nemen van beslissingen. Precies omdat de autonomie van de patiënt geen vast gegeven is maar kan evolueren of misschien in stand worden gehouden, en precies omdat de patiënt niet vanzelfsprekend autonoom is, zijn overleg- en discussieprocedures een noodzaak. Aldus verwerft de patiënt inzicht in zijn situatie en kan hij zijn eigen mening vorm geven en kenbaar maken. De patiënt mag geenszins als een kind worden behandeld, zeker niet wanneer zijn mening haaks staat op die van de arts. Nogmaals : autonomie is een evoluerend gegeven en moet dus ook de tijd krijgen te evolueren. *Wanneer treedt de terminale fase in ?* Dit uiterst belangrijke vraagstuk mag niet worden verengd tot een discussie over het aantal weken of dagen. De spreker geeft zelf de voorkeur aan een meer fenomeengerichte benadering, waarbij hij zich in de situatie tracht in te leven. Het betrokken medisch team zou die terminale fase naderhand perfect kunnen afbakenen, bijvoorbeeld als de ultieme periode van achtenveertig uur die aan de dood voorafgaat. De wetgever, die per definitie geen beschouwingen achteraf kan maken, zou de terminale fase wél kunnen omschrijven als de fase die ingaat vanaf het tijdstip dat euthanasie tot de mogelijkheden behoort, dat wil zeggen : vanaf het tijdstip dat de verstrekte zorg daadwerkelijk palliatief van aard wordt. Dat tijdstip is van fundamenteel belang, zeker in de veronderstelling dat de patiënt wordt opgenomen in een degelijke ziekenhuisinstelling, waar het medisch team correct handelt. Vanaf een bepaald tijdstip kan een ziekte dusdanig evolueren dat de verzorgers palliatieve zorg voorstellen. Zodra dat het geval is en indien de noodzaak van palliatieve zorg degelijk onderbouwd is, treedt de terminale fase in. Vanaf dan kan de patiënt met recht en reden menen dat zelfs die palliatieve zorg niet volstaat om zijn lijden te verzachten en kan hij een herhaald verzoek om euthanasie formuleren. Indien palliatieve zorg met de nodige vakbekwaamheid wordt verstrekt, zal de patiënt zijn verzoek om euthanasie overigens veel langer uitstellen. *Wat rechtvaardigt een geïntegreerde wetgeving ?* De spreker begrijpt de keuzen die werden gemaakt, maar uit een meer antropologisch oogpunt maakt hij zich wel zorgen. Enerzijds erkent hij dat euthanasie in bepaalde gevallen kan worden gerechtnaître, que le consentement du patient est une chose extrêmement difficile à établir. Si par consentement on entend qu'on fait prendre une signature, cela ne pose de problème à personne, cela peut se jouer très vite à n'importe quelle entrée à l'hôpital. Si au contraire, on suppose qu'il y a eu vraiment une transmission d'information, une compréhension effective par le patient etc., c'est beaucoup plus compliqué. En outre, l'autonomie n'est pas une réalité fixe, c'est un processus fluctuant et dans le cas de la maladie incurable, du vécu sans issue. Cette notion est dangereuse et elle est véritablement une fiction. Les fictions sont parfois nécessaires, par exemple dans la fiction du droit des contrats. Dans cette matière humaine, tellement subtile qui est la souffrance, la douleur, la décision, la liberté, le sens de l'avenir, on a affaire non pas à des fictions, mais à des compétences. C'est justement parce que l'autonomie du patient n'est pas une donnée mais quelque chose qu'il faut développer et peut-être entretenir, parce que le patient n'est pas spontanément autonome, qu'il faut prévoir des procédures de concertation, des procédures de discussion où finalement le patient pourra comprendre sa situation et pourra donner son avis. Il ne faut pas du tout infantiliser le patient, surtout quand il dirait une opinion qui est opposée à l'opinion du médecin. Il faut reconnaître que l'autonomie, c'est un processus fluctuant et qu'il faut donc se donner le temps de la faire jouer. À propos de la phase terminale l'enjeu est vraiment majeur, mais il ne faut pas penser cet enjeu majeur en termes de calendrier, objectif de jours, de semaines. Le professeur adopte un point de vue « phénoménologique », c'est-à-dire qu'il essaie de se mettre dans la situation. Cette phase apparaît comme un épisode parfaitement identifiable par les acteurs dans une histoire. Cet épisode, ces 48 heures avant la mort et on le saura après coup, puisque terminal, on le sait toujours après coup, mais le législateur pourrait imaginer que le tournant déterminant, la phase où on va pouvoir envisager l'euthanasie, c'est l'installation effective de soins palliatifs. Si dans l'évolution de la maladie, le patient est hospitalisé dans un bon centre, avec une bonne équipe, cette remarque est tout à fait fondamentale. Il arrive un moment où dans l'évolution de la maladie les soignants proposent une procédure palliative, si les choses se jouent correctement. C'est à partir de ce moment-là en étant sûr que le palliatif est bien établi, que le patient peut commencer à envisager que ce n'est pas une vie, que la douleur est absolument non soignée par les soins palliatifs, et qu'il fait une demande répétée d'euthanasie, qu'on est dans l'équivalent d'une phase terminale. Si cette couverture palliative est introduite avec compétence, la demande d'euthanasie sera largement différée. À propos de la justification d'une législation plus intégrée, l'orateur comprend que des choix ont été faits, mais il est un peu inquiet d'un point de vue simplement anthropologique, dans la mesure où le geste euthanasique auquel l'orateur reconnaît dans certains cas une

vaardigd als een vorm van « minste kwaad » die helemaal geen depenalisering behoeft. Hij verzet zich dus niet tegen een op zichzelf staande regeling terzake. Anderzijds vindt hij euthanasie slechts aanvaardbaar — om niet te zeggen wettelijk verantwoord — indien men er het eindpunt in ziet van een meer algemene evolutie waarin zowel de rechten van de patiënt als de medicalisering van het levenseinde verweven zitten. Zelf voelt hij meer voor een regeling waarbij de toepassing van euthanasie pas als opportuun en gerechtvaardigd wordt beschouwd wanneer formeel vaststaat dat er geen sprake is van therapeutische of diagnostische hardnekkigheid. In de thans voorliggende teksten komt dat aspect niet tot uiting. De spreker heeft de indruk dat het euthanasiedebat ongelegen komt, niet wegens het euthanasievraagstuk zelf, maar wegens externe — wellicht specifiek parlementaire — redenen. Naar zijn aanvoelen is het mogelijk te komen tot een zeer ruim akkoord over de essentie, te weten : de ondersteuning van de patiënt en de kwaliteit van de geneeskundige behandeling.

légitimité comme un moindre mal qui ne mérite pas une dépénalisation, bénéficie d'une régulation autonome, alors que dans son hypothèse le geste euthanasique n'est tolérable, légitimable, voir légalisable, qu'au fil d'un processus beaucoup plus global où interviennent le droit des patients, mais aussi toute la régulation sur la médicalisation en fin de vie. Il serait beaucoup plus à l'aise personnellement si très clairement on pouvait se mettre d'accord sur l'opportunité, la justification d'un geste euthanasique après que par exemple on a formellement exclu l'acharnement thérapeutique ou diagnostique. Ce n'est pas le cas dans les textes actuels. Il a la sensation que pour des raisons extérieures qui ne sont pas dus au problème lui-même, mais peut-être à l'opportunité du travail parlementaire, ce problème de l'euthanasie ne vient pas à son moment. Alors qu'il a le sentiment que sur l'essentiel, c'est-à-dire le soutien du patient, la médecine de qualité, un accord très large est possible.

E. HOORZITTING MET DOKTER M. DESMEDT : HET STANDPUNT VAN EEN KLINISCH ARTS

De spreekster zal niet uitweiden over de definitie, de structuren of de onloochenbare inbreng van de palliatieve zorg bij het levenseinde. Evenmin wenst zij in het polemisch debat te treden, waarbij levensbeschouwelijke of theologische argumenten in verband met euthanasie tegen elkaar worden uitgespeeld. Zij neemt zich voor de daad op zich te rechtvaardigen noch te veroordelen. Zij zal niettemin een poging ondernemen om de tekst van het wetsvoorstel te analyseren. Daarbij zal zij kunnen putten uit de rijke ervaring die zij heeft opgedaan als arts die dagdagelijks met het lijden en de verwachtingen van patiënten met ongeneeslijke en evolutieve aandoeningen.

Woord vooraf

Dokter Desmedt is radiotherapeute-oncologe, maar heeft ervoor gekozen niet langer de curatieve geneeskunde te beoefenen, doch zich beroepsmatig te wijden aan de uitbouw van de dienst palliatieve zorg van het universitair ziekenhuis Saint-Luc. Sinds 1994 oefent zij de functie van leidinggevend arts uit.

De eenheid permanente zorg van het ziekenhuis Saint-Luc werd opgericht in 1985. De eerste jaren telde die eenheid slechts enkele bedden, maar geleidelijk heeft de dienst zich uitgebreid en thans combineert hij drie aspecten : zorgverlening binnen het ziekenhuis, een zorgverleningsteam dat zich naar de woning van de zieke verplaatst en een andere equipe die in de hele instelling actief is.

E. AUDITION DU DOCTEUR M. DESMEDT : LE REGARD D'UN MÉDECIN CLINICIEN

L'oratrice ne s'étendra pas sur la définition, les structures ou l'apport incontestable des soins palliatifs dans le domaine de la fin de vie. Elle n'entrera pas non plus dans une dialectique opposant arguments philosophiques ou théologiques sur l'euthanasie. Son objectif ne sera ni de justifier, ni de condamner l'acte. Mais elle tentera d'analyser le texte de la proposition de loi, riche de son expérience, celle d'un médecin confronté chaque jour à la souffrance et aux attentes de patients atteints d'affections incurables et évolutives.

Avant-propos

Le docteur Desmedt est radiothérapeute oncologue mais elle a choisi de ne plus pratiquer la médecine curative et de consacrer son activité professionnelle au développement du service de soins palliatifs des cliniques universitaires Saint-Luc. Elle exerce depuis 1994 la fonction de médecin responsable.

L'unité de soins continus des cliniques Saint-Luc a été fondée en 1985. Réduite durant les premières années à quelques lits, elle s'est progressivement étendue alliant au service hospitalier, une équipe soignante se déplaçant au domicile des malades et une autre intervenant dans l'ensemble de l'institution.

Aangezien de eenheid zich enkel tot ongeneeslijk zieke patiënten richt, heeft ze in de medisch-technische omgeving waarin zij actief is, een moeilijke taak toegewezen gekregen : « zorg verlenen zonder te kunnen genezen ».

De dienst laat zich bij zijn aanpak leiden door drie dimensies : totaliteit, specificiteit en proportionaliteit van de zorgverlening. Die drie dimensies, die in elk stadium van de ziekte aan bod komen, vormen de grondslag van een zorgverlening die haar kracht put uit de uniciteit van elk menselijk wezen en uit het feit dat de mens in zijn totaliteit wordt beschouwd. Voor terminale patiënten is die dynamiek van essentieel belang. De patiënt die in die dienst wordt verzorgd, wordt in zijn totaliteit als persoon benaderd. Zijn psychisch en existentieel lijden krijgen evenveel aandacht als zijn fysieke pijn. De dienst biedt een totaalzorg aan, die een optimaal evenwicht tussen « het handelen » en « het zijn » nastreeft en waarbij naast de medische ondersteuning, ook het hulpverleningsaspect aan bod komt.

De eenheid permanente zorg benadert de zieke ook in zijn individualiteit, speelt in op zijn levensgeschiedenis, zijn ziekteverschijnselen, zijn verwachtingen. De zorgverlening wordt op hem persoonlijk afgestemd. Die formule onderstelt een voortdurende in-vraag-stelling en verwerpt iedere systematische aanpak. Dat belet niet dat de gezondheidstoestand van een ongeneeslijk zieke vereist dat voortdurend de grenzen worden afgetast van tot hoever men kan gaan en dat de vraag naar de uiteindelijke zin van de zorgverlening wordt gesteld. Wanneer de dagen van de patiënt geteld zijn en hij uitbehandeld is, legt de zorgverlening de klemtoon op pijnbestrijding, en op het onder controle houden van de andere symptomen, veeleer dan op het voeren van een hardnekkige strijd voor het leven. Naast die principes poogt de eenheid permanente zorg zoveel mogelijk de zelfredzaamheid van de patiënt te ondersteunen. Hij krijgt het woord. Naar hem wordt geluisterd. Hij neemt de beslissingen. De zorgverlener informeert hem, staat hem bij en steunt hem bij het maken van zijn keuze. Daartoe volgt hij het tempo van de patiënt, want het tijdstip waarop de zorgverlener voornemens is op te geven, is niet altijd datgene waarop de patiënt zijn eigen levenseinde aanvaardt. Iemand die met een prognose wordt geconfronteerd die aangeeft dat de dood nabij is, moet de patiënt de tijd gunnen dat gegeven te verwerken en daaromtrent een keuze te maken. De overstap van *« cure »* naar *« care »* wordt maar moeilijk gezet. Die evolutie kan maar zinvol verlopen in een permanent proces die het therapeutisch project een soepelheid meegeeft die de evolutie van het menselijk wezen op medisch en psychisch vlak respecteert tot aan het ultieme levenseinde. De plaats die voor de autonomie wordt ingeruimd, maakt daar geen abso-

En ne s'adressant qu'à des patients atteints d'affections incurables, l'unité s'est vu assigner un rôle difficile à remplir dans l'environnement médico-technique où elle évolue « Soigner sans pouvoir guérir ».

Le service fonde son approche sur trois dimensions : la globalité, la singularité et la proportionnalité du soin. Présentes à chaque étape de la maladie, elles constituent l'assise d'un soin qui puise sa source dans l'unité et l'unicité de l'être humain. À la phase terminale de la vie, cette dynamique prend une importance capitale. Le patient soigné dans le service est considéré dans la globalité de sa personne. Sa souffrance psychologique et existentielle est entendue au même titre que sa douleur physique. Le soin proposé est global. Il recherche un juste équilibre entre l'agir et l'être, en intégrant au support médical une relation d'aide.

L'unité de soins continus rencontre également le malade dans son individualité, celle de son histoire, de sa pathologie, de ses attentes. Le soin est ajusté à sa personne. Cette démarche suppose une remise en question permanente et le rejet d'une systématisation. Néanmoins, l'état de santé d'un malade incurable requiert constamment de réintégrer le sens de la limite et la question de la finalité du soin. Lorsque l'espérance de vie est comptée et les moyens pour lutter contre l'affection épuisés, le soin met l'accent sur l'antalgie et le contrôle des autres symptômes plutôt que sur une lutte acharnée pour la vie. Au-delà de ces principes, l'unité de soins continus tente de soutenir, autant que possible, l'autonomie du malade. Il a la parole. Il est écouté. Il a pouvoir de décision. Le soignant l'informe, l'assiste et le soutient dans son choix. Pour ce faire, il chemine au rythme du patient car le moment où le soignant s'apprête à renoncer n'est pas toujours celui où le patient accepte sa propre finitude. Face à un pronostic inéluctablement mortel, il existe le temps de l'événement et celui du choix. Le passage du « cure » vers le « *care* » est difficile à opérer. Il ne prend sa signification que dans un processus permanent qui donne au projet thérapeutique une flexibilité respectant l'évolution médicale et psychique de l'être humain jusqu'à l'extrême fin de sa vie. La place accordée à l'autonomie n'en fait pas un droit absolu. La responsabilité envers l'autre a préséance sur elle. Elle invite le malade à prendre conscience de la présence des tiers et dans un souci de justice, à accepter de moduler ses exigences. De la même manière, l'unité entend être juste. S'écartant du bien propre de l'individu pour s'attacher à celui de la collectivité, elle tente de respecter une égalité de droit tout en privilégiant les plus

luut recht van. De verantwoordelijkheid ten opzichte van de andere primeert daarop en nodigt de zieke uit zich er rekenschap van te geven dat derden aanwezig zijn en, in alle billijkheid, te aanvaarden zijn wensen aan te passen. Evenzo wil de eenheid rechtvaardigheid nastreven. Ze verplaatst de horizon van het eigen goed van het individu naar dat van de collectiviteit, ze poogt een gelijkheid van rechten te eerbiedigen, met dien verstande dat ze de meest kansarmen, bij wie de geboden verzorging het moet afleggen tegen het lijden, bevoorrecht.

Dokter Desmedt is overtuigd van de rijkdom van die zorgaanpak, maar ze is er zich ook terdege van bewust dat de realiteit op het terrein in de klassieke zorginstellingen volkomen verschilt van die in de thuiszorg.

Vervolgens maakt zij een kritische analyse van de wettekst.

Een eerste reeks opmerkingen heeft betrekking op het eerste hoofdstuk van artikel 3 : de voorwaarden die de patiënt moet vervullen vooraleer euthanasie in een wettelijk raam kan plaatsvinden. Zij zal achtereenvolgens de volgende punten behandelen : het oordeelsvermogen van de patiënt, zijn vrije meningsuiting en het niet controleerbare karakter van zijn pijn.

Wat het oordeelsvermogen van de patiënt betreft, stelt de wettekst het volgende : « De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek ».

Praktisch gesproken beschikt de ernstig zieke, ongeneeslijke patiënt, in het merendeel van de gevallen, over voldoende bewustzijnsvermogen om te communiceren. Maar om in staat te zijn een beslissing te nemen moet de zieke niet alleen bewust zijn — hij moet ook in staat zijn om informatie te ontvangen, ze te integreren, ermee om te gaan en de toestemming te geven om al dan niet te handelen. Zijn oordeelsvermogen moet intact zijn. Is dat altijd het geval ? Beslist niet. Blijkens een Amerikaanse studie (1), waarbij een onderzoek naar 215 kankerpatiënten werd uitgevoerd, en die vergelijkbare resultaten opleverde als andere onderzoeken (2), vertoont nagenoeg één zieke op twee psychiatrische stoornissen. Bepaalde soortgelijke aandoeningen tasten de cognitieve functies aan en kunnen leiden tot verwarring of tot problemen om zich in tijd en ruimte te situeren. In andere gevallen (3) lijkt de zieke een coherent betoog te

(1) Derogatis L., Morrow G., Fetting J. et autres. *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Journal of American Medecine Association* 1983; 249 : 751-757.

(2) Tross S., Hirsch D.A., *Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infections and AIDS. American Psychologist*, 1988, 43 : 859-864.

(3) Bruera E., Miller L., Mc Calion S. *Cognitive failure in patients with terminal cancer. A prospective longitudinal study. Psychological Aspects of Cancer* 1990; 9 : 308-310.

démunis, ceux dont la souffrance résiste aux soins entrepris.

Mme Desmedt est persuadée de la richesse de cette approche de soin mais elle est également consciente d'une réalité de terrain très différente dans les services de soins classiques et à domicile.

Elle passe ensuite à l'analyse critique du texte de loi.

Une première série de remarques concerne le premier chapitre de l'article 3 : les conditions auxquelles le patient doit répondre pour que l'euthanasie soit pratiquée dans un cadre légal. Elle traitera successivement de la capacité de jugement du malade, de sa liberté d'expression et du caractère non contrôlable de sa souffrance.

En ce qui concerne la capacité de jugement du patient. Le texte de loi prévoie que « le médecin qui pratique l'euthanasie ne commet pas d'infraction s'il est assuré que le malade est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande ».

En pratique, dans la plupart des cas, le patient atteint d'une affection grave et incurable dispose d'un niveau de conscience suffisant pour communiquer. Mais pour être en état de prendre une décision, le malade ne doit pas uniquement être conscient — il doit également être apte à recevoir des informations, à les intégrer, à les traiter et à donner l'autorisation d'agir ou pas. Sa capacité de jugement doit être intacte. Est-ce toujours le cas ? Certainement pas. Selon une étude américaine (1) conduite auprès de 215 patients cancéreux et dont les résultats sont comparables à d'autres études (2) pratiquement un malade sur deux présente des troubles psychiatriques. Certains de ces troubles altéreront les fonctions cognitives au point d'entraîner une confusion ou une désorientation spatio-temporelle. Dans d'autres cas (3), le discours du malade paraît cohérent. Ce n'est que lorsque le praticien le soumettra à des tests spécifi-

(1) Derogatis L., Morrow G., Fetting J. et al. *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Journal of American Medecine Association* 1983; 249 : 751-757.

(2) Tross S., Hirsch D.A. *Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infections and AIDS. American Psychologist*, 1988; 43 : 859-864.

(3) Bruera E., Miller L., Mc Calion S. *Cognitive failure in patients with terminal cancer. A prospective longitudinal study. Psychosocial Aspects of Cancer* 1990; 9 : 308-310.

houden. Pas wanneer de arts hem aan een aantal specifieke tests onderwerpt, zal hij een verminderd denkvermogen vaststellen. Denkt u dat die tests systematisch zullen worden georganiseerd ?

Een tweede punt betreft de vrije meningsuiting van de patiënt. Het wetsontwerp bepaalt daarover dat van geen misdrijf sprake is zo *« het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk* ».

Met andere woorden : de arts die de handeling uitvoert, de geraadpleegde arts(en) en de leden van de federale controlecommissie zullen zich ervan moeten vergewissen dat de zieke zijn beslissing in volledige gewetensvrijheid heeft genomen. Daarbij zullen ze — dat moet worden erkend — makkelijk iedere vorm van bewuste en expliciete druk kunnen opsporen die de omgeving op de patiënt zou uitoefenen.

Maar hoe zullen ze de impliciete en soms onbewuste dwang aan het licht kunnen brengen waarmee de meeste patiënten dagelijks te maken krijgen ? Dat geeft te denken.

De mens bestaat en leidt zijn leven in essentie voor en door de relatie die hij met anderen heeft.

Wordt hij echter ernstig ziek, dan lijdt zijn entourage daar soms nog sterker onder dan de zieke zelf ([4]). Waarom ? Ten eerste omdat de entourage, net als de zieke, een reeks verliezen moet verwerken. Vervolgens omdat zij zich niet machteloos voelt, maar ook omdat zij de beloftes die ze gedaan heeft en de hoop die ze gewekt heeft, tegenover de zieke niet kan waarmaken. De entourage voelt zich ook schuldig aan het doodsverlangen dat de patiënt soms bekruipt. En ten slotte omdat het lijden van de patiënt de mensen rondom hem raakt en hen indirect met hun eigen eindigheid confronteert. Geconfronteerd met dat lijden, stelt de entourage een reeks verdedigingsmechanismen in werking : ontkennen, ontlopen, banaliseren … ([5]).

Als de realiteit voor hem te pijnlijk wordt, neemt hij andere gedragingen aan zoals de vlucht naar voren of de projectieve identificatie. Hij laat zich dan overmeesteren door driften van macht en almacht. Dat lijden en alle gedragingen die het heeft veroorzaakt, zullen ongetwijfeld de beslissingen van de zieke beïnvloeden.

De spreekster herinnert zich een patiënt die het ziekenhuis had verlaten om thuis te sterven. Hij was vergezeld van zijn echtgenote. Beiden hadden van de oncoloog dezelfde informatie gekregen, de situatie was uiterst kritiek en de patiënt zou wellicht binnen de komende weques qu'il découvrira une dégradation de la capacité de raisonnement. Pensez-vous que ces tests seront systématiquement réalisés ?

Un deuxième point concerne la liberté d'expression du malade. Le projet de loi précise qu'il n'y a pas infraction si « la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie, répétée et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ».

En d'autres termes, le médecin qui pratique l'acte, le ou les médecins consultés et les membres de la commission fédérale de contrôle devront avoir la certitude que le malade a pris sa décision en toute liberté de conscience. Ils pourront, il est vrai, facilement dépister toute forme de pression consciente et explicite que l'entourage exercerait sur le patient.

Mais comment mettront-ils en évidence les contraintes implicites et parfois inconscientes auxquelles la plupart des malades font face au quotidien ? Cela mérite réflexion.

L'homme est et vit essentiellement pour et par la relation qu'il entretient avec autrui.

Or, lorsqu'il tombe gravement malade, son entourage souffre, parfois plus intensément que lui ([4]). Pourquoi souffre-t-il ? D'abord, parce que comme le malade, il doit faire face à une série de pertes. Ensuite parce qu'impuissant, il se sent coupable, coupable de ne pas répondre aux espoirs et aux promesses qu'il a faites au malade, coupable du souhait mortifère qui parfois l'envahit. Enfin, parce que la souffrance du patient l'atteint et le renvoie par un jeu de miroir à sa propre finitude. Face à cette souffrance, l'entourage met en place une série de mécanismes de défense : il nie, esquive, banalise ... ([5]).

Lorsque la réalité s'impose à lui de façon trop douloureuse, il se réfugie dans d'autres comportements tels que la fuite en avant ou l'identification projective. Il se laisse alors envahir par des pulsions de maîtrise et de toute puissance. Cette souffrance et tous les comportements qu'elle aura suscités vont inévitablement conditionner les décisions du malade.

L'oratrice se souvient d'un patient qui avait quitté l'hôpital pour rentrer mourir chez lui. Il était accompagné de son épouse. Tous deux avaient reçu du médecin oncologue la même information, la situation était extrêmement critique et un décès était à redouter dans les pro-

([4]) Kaye J., Gracely E. *Psychological distress in cancer patients and their spouses. Journal of Education* 1993 : 8 : 47-52.

([5]) Krant M., Johnston L. *Family member@ perception of communications in late stage cancer. International Journal of Psychiatry in Medecine* 1977-1978; 8 : 203-217.

([4]) Kaye J., Gracely E. *Psychological distress in cancer patents and their spouses. Journal of Cancer Education* 1993; 8 : 47-52.

([5]) Krant M., Johnston L. *Family member@ perception of communications in late stage cancer. International Journal of Psychiatry in Medecine* 1977-1978; 8 : 203-217.

ken overlijden. Hun enige dochter, die gehuwd was en in het buitenland woonde, heeft toen ze het nieuws vernam, beslist zich bij hen voegen. Dat zou een steun zijn voor haar moeder. Alles werd geïnstalleerd in hun huis en de eerste dagen was het klimaat zeer sereen. De patiënt nam afscheid van al zijn naasten, gaf aan sommigen zijn laatste wilsbeschikkingen te kennen gegeven en schonk aan anderen de voorwerpen die hem dierbaar waren. Na enige tijd vernam de dochter dat haar eigen kind ziek was. Ondanks het feit dat haar moeder herhaaldelijk had laten verstaan dat ze niet in staat was om haar echtgenoot alleen te verzorgen, besliste de dochter naar huis terug te keren. Enkele dagen nadien gaf de zieke uiting aan zijn levensmoeheid was en smeekte de arts er een einde aan te maken. Noch de echtgenote, noch de dochter hadden uitdrukkelijk getracht de patiënt ervan te overtuigen dat euthanasie de enig overblijvende oplossing was. Toen hij zijn verzoek voor de eerste maal formuleerde, had hij verontrust naar zijn echtgenote gekeken. « Was ze nog steeds bereid alles wat ze door zijn handicap en verlies aan zelfstandigheid dagelijks op zich moest nemen, te verdragen ? ». Hij moet hebben gedacht aan de woorden die zij enkele maanden voordien in zijn bijzijn had uitgesproken : « Ons leven is geëindigd de dag waarop je ziek bent geworden. ». Kan men ervan uitgaan dat met het verzoek van die patiënt geen enkele pressie gemoeid was en dat het gedrag van zijn familieleden zijn keuze niet heeft beïnvloed ?

Men denke ook aan de mate waarin de samenleving weegt op de beslissing van de patiënten.

Wij leven in een wereld die er, door ernaar te streven de grenzen van het mogelijke voortdurend te verleggen, in geslaagd is de dood uit te stellen en het menselijke droombeeld van de onsterfelijkheid te versterken. Door het materialisme en het productivisme te promoten heeft hij bovendien een waardensysteem ontwikkeld waarin het fysieke welzijn en het economisch nut van het individu op de eerste plaats komen. De dood en de stervende zijn uit onze leefwereld verjaagd. Die beschouwingen spelen een grote rol in de beslissingen die de zwaar zieken nemen. Sommige patiënten verkiezen te sterven in plaats van de eenzaamheid te blijven ondergaan waarin de samenleving ze heeft gedwongen.

Uit een onderzoek ([6]) bij ernstig zieke bejaarde patiënten is gebleken dat hun wens om niet te worden gereanimeerd nauw verband hield met hun sociaal isolement. Er zij ook herinnerd aan de even verduidelijkende conclusies van de enquête van Durkheim ([7]) over het risico van zelfmoord. De spreekster citeert : « *Privé d'attache à un groupe, le sujet ne peut que céder à l'autodestruction.* ».

([6]) Bruce Jones P. *Journal of Medical Ethics* 1996; 22 : 154-159.

([7]) Durkheim E. *Le suicide* (1930), *Presse Universitaire de France,* Quadrige, Parijs 1983.

chaines semaines. En apprenant la nouvelle, leur fille unique, mariée et vivant à l'étranger, avait décidé de les rejoindre. Cela aiderait sa maman à tenir le coup. Tout fut installé à domicile et les premiers jours se déroulèrent dans un climat très serein. Le patient fit ses adieux à tous ses proches, communiquant aux uns ses dernières volontés, offrant aux autres les objets qui lui étaient chers. Le temps passa jusqu'au moment où la fille du patient appris que son propre enfant était tombé malade. Malgré l'insistance de sa mère qui lui fit part de son incapacité à s'occuper seule de son époux, elle décida de rentrer chez elle. Quelques jours plus tard, le malade se plaignait de sa lassitude de vivre et implorait le médecin de mettre fin à ses jours. Ni l'épouse, ni la fille n'avaient tenté de façon explicite de convaincre le patient que l'euthanasie était l'unique solution restante. Mais lorsqu'il avait émis pour la première fois sa demande, il avait plongé son regard inquiet dans celui de son épouse. « Était-elle toujours prête à supporter tout ce que son handicap et sa perte d'autonomie l'obligeait à assumer chaque jour ? ». Les paroles qu'elle avait prononcées en sa présence quelques mois plus tôt lui revinrent en mémoire « Notre vie s'est arrêtée le jour où tu es tombé malade. ». Peut-on considérer que la demande de ce patient est dénuée de pression et que le comportement de son entourage n'a pas pesé dans son choix ?

Réfléchissons également au poids que la société exerce sur la décision des patients.

Nous évoluons dans un monde qui en cherchant continuellement à repousser les limites du possible, est parvenu à différer l'échéance de la mort et à renforcer le fantasme humain d'immortalité. De plus, en privilégiant le matérialisme et le productivisme, il a généré un système de valeurs où le bien-être physique et l'utilité économique de l'individu occupent les premières places. La mort et le mourrant ont été chassés de notre environnement. Ces considérations pèsent lourds dans les décisions que prennent les personnes gravement malades. Certains patients préfèrent mourir que de continuer à endurer la solitude dans laquelle la société les a plongés.

Une étude ([6]) conduite auprès de patients âgés gravement malades a indiqué que leur désir de ne pas être réanimés était étroitement lié à leur isolement social. Rappelons-nous également les conclusions tout aussi éclairantes de l'enquête de Durkheim ([7]) sur le risque suicidaire. Je cite : « Privé d'attache à un groupe, le sujet ne peut que céder à l'autodestruction. ».

([6]) Bruce Jones P. *Journal of Medical Ethics* 1996; 22 : 154-159.

([7]) Durkheim E. *Le suicide* (1930), Presse Universitaire de France, Quadrige, Paris 1983.

De spreekster haalt het volgende voorbeeld aan : « Philippe is onlangs in dienst genomen als magazijnbeheerder en heeft zopas vernomen dat zijn vader ongeneeslijk ziek is. Hij beslist hem bij hem thuis op te vangen. Er wordt gezorgd voor medische apparatuur en verplegend personeel. De kosten zijn aanzienlijk. De lage inkomsten van de patiënt en van zijn zoon zijn ontoereikend. Zonder de vijfhonderd euro die maandelijks worden toegekend in het kader van het forfait voor palliatieve zorg zouden ze niet rondkomen. Na twee maanden worden de uitkering geschorst. De gezondheidstoestand van de patiënt verslechtert en de kosten zijn almaar moeilijker te dragen. Er moet worden gezocht naar een andere oplossing dan de thuisverpleging. Vanaf dat ogenblik verzoekt de patiënt op coherente wijze en bij herhaling te worden geëuthanaseerd. ».

Mag men ervan uitgaan dat die man zich volledig vrij uitspreekt ?

Het is illusoir te denken dat een zieke, die lichamelijk, psychologisch en sociaal verzwakt is, volkomen vrij beslist hoe hij zijn leven wil eindigen.

Een derde punt betreft de onmogelijkheid om het lijden te controleren. In het wetsontwerp wordt aangegeven dat geen vervolging zal worden ingesteld tegen een arts die een patiënt euthanaseert die « zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden ».

Laten we eerst het probleem van het fysiek lijden bekijken, ook al geeft het tot slechts een beperkt aantal (< 10 %) ([8]) van de euthanasieverzoeken aanleiding. Sommige symptomen zoals de pijn of ademnood waarop de behandeling geen vat meer heeft, kunnen de arts ertoe aanzetten euthanasie te plegen. De uitwerking van die symptomen varieert aanzienlijk naargelang het onderzoek (van < 5 % tot > 20 % ([9])). Wellicht houdt dat verband met de graad van deskundigheid van de arts die ze onder controle moet houden. Vaak is die deskundigheid ontoereikend en in dat geval wordt een symptoom dat moeilijk onder controle te houden is als refractair bestempeld. Wij kunnen het voorbeeld nemen van de pijn. Acht op tien kankerpatiënten hebben ermee te kampen. De conclusie van de meeste onderzoeken is dat pijn beter zou kunnen worden bestreden dan thans het geval is.

([8]) Van der Maas P., Van Veiden J., Pijnenborg L. en ai. *Euthanasia and other médical décisions concerning the end of life.* Lancet 14 september 1991; 338 : 669-674.

Lossignol D, Obiols M. *Étude sur 120 demandes d'euthanasie à l'Institut Jules Bordet.*

Courrier hebdomadaire du CRISP mai 2000; 1672-1673 : 16.

([9]) Hoorzitting in de Senaat van J. Menten, 5 april 2000.

L'oratrice cite l'exemple suivant : « Philippe vient d'être engagé comme magasinier et d'apprendre que son père est atteint d'une affection incurable. Il décide de l'accueillir chez lui. Du matériel médical et des soignants sont mis en place. Les dépenses sont importantes. Les faibles revenus du patient et de son fils ne suffisent pas. Sans les cinq cents euros accordés chaque mois dans le cadre du forfait soins palliatifs, le budget ne serait pas bouclé. Après deux mois, l'allocation est suspendue. L'état de santé du patient se dégrade et les frais deviennent de plus en plus lourds à assumer. Il faut chercher une autre solution que le maintien à domicile. C'est à partir de cet instant que le patient réclamera, de façon cohérente et répétée, qu'on mette fin à ses jours. ».

Peut-on considérer que cet homme s'exprime en toute liberté de conscience ?

Il est illusoire de penser qu'un homme malade, affaibli physiquement, psychologiquement et socialement, décide en toute liberté de conscience de la façon dont il désire terminer sa vie.

Un troisième point concerne l'impossibilité de contrôler la souffrance. Le texte de loi indique que le médecin qui pratique une euthanasie chez un patient qui « fait état d'une souffrance physique ou psychique constante, insupportable et qui ne peut être apaisée » ne fera pas l'objet de poursuites judiciaires.

Prenons d'abord le problème de la souffrance physique même si elle n'engendre qu'un petit nombre (< 10 %) ([8]) de demandes d'euthanasie. Certains symptômes comme la douleur ou la dyspnée peuvent, lorsqu'ils sont rebelles à la thérapeutique, pousser le médecin à pratiquer une euthanasie. Or l'incidence de ces symptômes varie de façon importante d'une étude à l'autre (< 5 % à > 20 % ([9])). Le degré d'expertise du médecin chargé de les maîtriser est probablement en cause. Il est souvent insuffisant et dans ce cas, un symptôme difficilement contrôlable sera qualifié de réfractaire. Prenons l'exemple de la douleur. Elle concerne huit malades cancéreux sur dix. La plupart des études concluent qu'elle pourrait être mieux traitée qu'elle ne l'est actuellement.

([8]) Van der Maas P., Van Veiden J., Pijnenborg L. et al. *Euthanasia and other médical décisions concerning the end of life.* Lancet 14 septembre 1991; 338 : 669-674.

Lossignol D, Obiols M. *Étude sur 120 demandes d'euthanasie à l'Institut Jules Bordet.*

Courrier hebdomadaire du CRISP mai 2000; 1672-1673 : 16.

([9]) Audition au sénat de J. Menten, 5 avril 2000.

Uit een van die onderzoeken ([10]) blijkt dat wanneer de patiënt de pijn als matig tot hevig bestempeld, de arts het symptoom in 73 % van de gevallen onderschat. Uit een ander onderzoek ([11]), dat vijf jaar geleden in Frankrijk werd uitgevoerd, komt naar voren dat de opleiding van de oncologen en de huisartsen ernstig tekortschiet op het stuk van het gebruik van de basispijnstillers. Is de situatie ten onzent verschillend ?

Annie is 82 jaar en ze wordt opgenomen in het ziekenhuis wegens hevige lendepijn. Uit het onderzoek blijkt de aanwezigheid van een enorme en inoperabele niertumor. Het medisch team beperkt zich ertoe pijnstillers voor te schrijven gelet op de algemene slechte toestand en de leeftijd van de patiënte. De voorgeschreven behandeling neemt echter de pijn niet weg. Er worden verschillende medicaties en almaar geavanceerder technische middelen toegepast. Niets helpt. Ten slotte eist de patiënte dat men ze doet inslapen. Ze aanvaardt de pijn niet langer. Er worden slaapmiddelen en neuroleptica voorgeschreven. Vier weken later is de patiënte volledig bedlegerig en herkent ze geen enkele van haar familieleden meer. De arts stelt voor ze over te brengen naar de eenheid permanente zorg. Onmiddellijk na haar opname eisen haar man en haar zoon dat een einde wordt gemaakt aan het leven van de patiënte. Na een lange en pijnlijke discussie aanvaarden ze dat de behandeling met medicijnen wordt gewijzigd. Na enige tijd verbetert het bewustzijn van de patiënte en wordt de pijn draaglijk. De zieke keert een maand nadien naar huis terug, met de hulp van een begeleidingsteam.

Wat zou er met die patiënte gebeurd zijn mocht ze in de eerste dienst zijn gebleven en een mocht consulterend arts gezegd hebben dat de aandoening ongeneeslijk was en de pijn niet onder controle kon worden gehouden ?

We komen tot het probleem van het psychisch lijden. Het is van belang daar aandacht aan te besteden omdat het aan de grondslag ligt van de meeste verzoeken om euthanasie ([12]).

Psychisch lijden kan op diverse manieren tot uiting komen en de oorzaken ervan zijn complex. Het staat vast dat dit lijden mee gevoed wordt door de ongemakken die de ongeneeslijk zieke te beurt vallen. Die ongemakken zijn talrijk en van velerlei aard : gezondheidsproblemen, het verlies van autonomie en van controle over het eigen lichaam, de aantasting van de lichame-

L'une de ces études ([10]) démontre que lorsque le patient qualifie sa douleur de modérée à sévère, le médecin sous-estime le symptôme dans 73 % des cas. Une autre étude ([11]) réalisée en France il y a cinq ans, met en évidence d'importantes lacunes dans la formation des médecins oncologues et généralistes en matière de manipulation des antalgiques de base. Est-ce que la situation est différente dans notre pays ?

Annie est âgée de 82 ans lorsqu'elle est hospitalisée pour une violente douleur lombaire. La mise au point conclut à l'existence d'une volumineuse tumeur rénale inopérable. Le mauvais état général de la patiente et son âge incite l'équipe médicale à ne proposer que la prescription d'antalgiques. Mais la douleur s'avère résistante au traitement entrepris. Les médications se succèdent et les moyens techniques utilisés sont de plus en plus sophistiqués. Rien n'y fait. La patiente finit par exiger qu'on l'endorme. Elle n'accepte plus d'avoir aussi mal. Des somnifères puis des neuroleptiques sont prescrits. Quatre semaines plus tard, la malade est devenue totalement grabataire et ne reconnaît plus aucun de ses proches. Le médecin propose de la transférer dans l'unité de soins continus. Dès son admission, son époux et ses fils exigent que fin soit mise aux jours de la malade. Après une longue et pénible discussion, ils acceptent que le traitement médicamenteux soit modifié. Le temps passe. L'état de conscience de la malade s'améliore et la douleur devient supportable. La malade rentrera chez elle, un mois plus tard, avec l'aide d'une équipe d'accompagnement.

Que serait-il advenu de cette patiente si elle était restée dans le service initial et qu'un médecin consultant était venu témoigner de la nature incurable de l'affection et du caractère non maîtrisable de la douleur ?

On arrive au problème de la souffrance psychologique. Il est important de s'y intéresser car il soustend la plupart des demandes d'euthanasie ([12]).

Les manifestations de la souffrance psychologique sont nombreuses et les mécanismes qui l'alimentent sont complexes. Les pertes qui jalonnent la vie d'un malade atteint d'une affection incurable y contribuent certainement. Ces pertes sont multiples et variées — la perte de la santé, de l'autonomie, de la maîtrise du corps, de l'intégrité corporelle, la perte de l'identité sociale, profes-

([10]) Grossman S.A., Sheidler V.R., Sweeden K. en al. *Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. Journal of pain and symptom management* 1991; 6 : 53-57.

([11]) Larue F., Colleau S.M., Fontaine A. enal. *Oncologists and primary care physiciens' attitudes towards pain control and morphine prescribing in France. Cancer* 1995; 76: 2181-2185.

([12]) Van der Maas P., Van Velden J., Pijnenborg L. en al. *Euthanasia and other médical décisions concerning the end of life*. Lancet 14 september 1991, 338 : 669-674.

([10]) Grossman S.A., Sheidler V.R., Sweeden K. et al. *Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. Journal of pain and symptom management* 1991; 6 : 53-57.

([11]) Larue F., Colleau S.M., Fontaine A. et al. *Oncologists and primary care physiciens' attitudes towards pain control and morphine prescribing in France. Cancer* 1995; 76: 2181-2185.

([12]) Van der Maas P., Van Velden J., Pijnenborg L. et al. *Euthanasia and other médical décisions concerning the end of life*. Lancet 14 septembre 1991, 338 : 669-674.

lijke integriteit, het verlies van de sociale, professionele en familiale identiteit, het wegvallen van dierbare relaties en dingen waaraan men hechtte, met als eindstadium het onvermogen tot zintuiglijke waarneming. Door dat ultieme verlies worden zowel het heden, het verleden als de toekomst van de patiënt zinloos en wordt alle hoop hem ontnomen. Al die vormen van verlies dwingen de patiënt tot loslaten en afscheid nemen van zijn vroegere leven. Die opgaaf gaat met diep geestelijk lijden gepaard.

De gevoelens en emoties die de terminale patiënt ervaart, getuigen daarvan : woede, droefheid, alsook gevoelens van afwijzing, isolement, overbodigheid, schuld, onrechtvaardigheid of onmacht.

De psychische wanhoop van de zieke kan nog een andere oorzaak hebben : de vrees voor toekomstig lijden. Die vrees ontstaat wanneer men anticipeert op reële of ingebeelde gevaren. Als dat gevaar onbewust wordt ervaren, komt de vrees ervoor tot uiting in een gevoel van beklemming en angst. Is het gevaar daarentegen duidelijk geïdentificeerd, dan wekt het een angstgevoel op dat verschillende vormen kan aannemen, naar gelang van de individuele belevingswereld van de patiënt. De meest voorkomende vormen zijn : de vrees aan zijn lot te worden overgelaten (38 %), de vrees een naaste ontredderd achter te laten (20 %), de vrees er niet in te zullen slagen voor zijn dood nog een knelpunt op te lossen (10 %), de vrees voor pijn en verstikking (7 %) ([13]).

Intense pijn kan samengaan met een echte depressie. Verscheidene auteurs ([14]) hebben immers aangetoond dat er een duidelijk verband bestaat tussen een diepe stervenswens en een ernstige depressie. Eerst zal de practicus dus de depressie moeten opsporen en behandelen; pas daarna kan hij bepalen of een angstige en zeer levensmoeë patiënt zich al dan niet bevindt in een niet te verzachten toestand van psychisch lijden.

In de andere gevallen zal de arts gewoon bereid moeten zijn de zieke specifiek te begeleiden op de weg naar zijn levenseinde. Die houding komt er volgens Rogers op neer te begrijpen wat de zieke doormaakt, maar tegelijkertijd de nodige afstand te bewaren teneinde hem echt te kunnen steunen. Een en ander vergt van de practicien devra donc dépister et traiter la pathologie dépressive avant de considérer qu'un patient qui exprime une angoisse ou une profonde lassitude de vivre se trouve dans un état de souffrance psychologique qui ne peut être apaisé.

Dans les autres cas, le médecin devra simplement se montrer prêt à accompagner le malade dans le cheminement singulier où l'entraîne la fin de son existence. Cette attitude consiste selon Rogers à « comprendre ce que le malade est en train de vivre tout en gardant la distance nécessaire pour lui apporter un

sionnelle, familiale, la perte des relations, des objets ... et finalement la perte de sens. Celle qui vide le présent, le passé et l'avenir de sa substance et finit par ôter tout espoir au malade. Chacune de ces pertes force le patient à désinvestir, à faire le deuil de sa vie d'avant. Ce travail génère une souffrance morale intense.

Les sentiments et les émotions qui l'accompagnent en témoignent — colère, tristesse, sentiments de rejet, d'isolement, d'inutilité, de culpabilité, d'injustice ou d'impuissance ...

Un second mécanisme peut être à l'origine de la détresse psychologique du malade : l'appréhension d'une souffrance à venir. Cette crainte résulte de l'anticipation d'un danger réel ou imaginaire. Si le danger reste enfoui dans l'inconscient, l'appréhension se manifeste par une anxiété ou une angoisse. Lorsque le danger est identifié, la souffrance se manifeste par une peur dont la nature dépendra du vécu individuel. La peur d'être séparé (38 %), la peur de laisser un proche démuni (20 %), la peur de ne pas arriver à résoudre un problème avant de mourir (10 %), la peur d'avoir mal ou d'étouffer (7 %) sont les plus fréquemment évoquées ([13]).

Lorsque la souffrance est intense, elle peut s'accompagner d'une véritable dépression. Plusieurs auteurs ([14]) ont d'ailleurs démontré qu'il existe une forte corrélation entre un désir profond de mourir, la présence et la gravité d'une dépression. Le praticien devra donc dépister et traiter la pathologie dépressive avant de considérer qu'un patient qui exprime une angoisse ou une profonde lassitude de vivre se trouve dans un état de souffrance psychologique qui ne peut être apaisé.

Dans les autres cas, le médecin devra simplement se montrer prêt à accompagner le malade dans le cheminement singulier où l'entraîne la fin de son existence. Cette attitude consiste selon Rogers à « comprendre ce que le malade est en train de vivre tout en gardant la distance nécessaire pour lui apporter un

([13]) *Parkes C., Weiss R. Recovery for bereavement. Basic Books*, New York, 1983.

([14]) Chochinov H., Wilson K., Enns M. en al. *Desire for death in the terminally ill.*

American Journal of Psychiatry 1995; 152 : 1185-1191.

Brown J., Henteleff P., Barakat S. en al. Is it normal for terminal ill patients to desire death ?

American Journal of Psychiatry 1986; 143 : 208-21 1.

Lossignol D., Obiols M. *Étude sur 120 demandes d'euthanasie à l'Institut Jules Bordet. Courrier hebdomadaire du CRISP mai* 2000; 1672-1673 : 16.

([13]) *Parkes C., Weiss R. Recovery for bereavement. Basic Books*, New York, 1983.

([14]) Chochinov H., Wilson K., Enns M. et al. *Desire for death in the terminally ill.*

American Journal of Psychiatry 1995; 152 : 1185-1191.

Brown J., Henteleff P., Barakat S. et al. *Is it normal for terminal ill patients to desire death* ?

American Journal of Psychiatry 1986; 143 : 208-21 1.

Lossignol D., Obiols M. *Étude sur 120 demandes d'euthanasie à l'Institut Jules Bordet.* Courrier hebdomadaire du CRISP mai 2000; 1672-1673 : 16.

ticus een perfecte beheersing van de communicatietechnieken. Kebers schreef terzake treffend dat men zich in het aanschijn van de dood niet met improvisatie uit de slag kan trekken, alsook dat de vraag omtrent de aan te wenden middelen des te prangender weerklinkt naarmate de strijd tegen het lijden zwaarder weegt ([15]). Luisterbereidheid vormt terzake een onontbeerlijk strijdmiddel. Maar niet iedereen is daar zomaar toe in staat. Het betreft een vaardigheid die men zich eigen kan maken en die dus kan worden aangeleerd. Bovenal gebeurt dit door eerst naar zich zelf te leren luisteren en dan pas naar de anderen. Denkt u dat artsen dergelijke vaardigheden werd bijgebracht ? Zijn zij bereid hun eigen angst, alsook hun gevoelens van onmacht, overbodigheid en schuld, onder ogen te zien als zij met een mislukking worden geconfronteerd ? Hun studieperiode was toegespitst op het genezen van ziekten, hun eerste praktijkjaren op het doen opbrengen van hun kennis. De medische, diagnostische of therapeutische handeling wordt gemediatiseerd, geïnformatiseerd, geremunereerd. De angst voor het uitblijven van de genezing is alomtegenwoordig en er wordt weinig waarde gehecht aan de capaciteit van de arts om aanwezig te zijn.

Kort geleden deelde een stagiair die een kankerpatiënt moest onderzoeken, de vrees van dokter Desmedt. « Liefst van al praat ik met hem over dagelijkse dingen : wat heeft hij vanmorgen gegeten ? Verdraagt hij de medicatie ? Het onderwerp van zijn dood ga ik uit de weg. Trouwens, hij spreekt mij daarover minder vaak aan dan u. En in elk geval : ik ben zo bang hem pijn te doen … Was ik in zijn plaats, ik zou zo'n aftakeling niet verdragen … ».

Hoe zal die jonge arts, die binnen enkele maanden zijn diploma behaalt, het onderwerp van de dood met zijn patiënten bespreken? Hoe zal hij met hen omgaan wanneer de tumor uitbreidt en als men bedenkt dat zeven patiënten op tien ([16]) van hem verwachten dat hij dat onderwerp aansnijdt ? Zal hij bij machte zijn hen te informeren, gerust te stellen en — vooral — te garanderen dat hij er tot hun laatste levensuur voor hen zal zijn, begripsvol en onvoorwaardelijk ? Nochtans zou dat in de meeste gevallen al volstaan om hun vrees en hun angsten weg te nemen.

Wat moeten we uit die eerste reeks van opmerkingen besluiten ? Uit de lezing van het wetsontwerp zou men kunnen opmaken dat de wetgever erin is geslaagd duidelijk te bepalen wat de criteria zijn van een wettig toegepaste euthanasie. Op papier ziet het eruit als een technische afweging die berust op de analyse van deskundigen en die netjes vervat zit in voorschriften. Patiënt X

([15]) Kebers C., Mort, deuil, *séparation : itinéraire d'une formation. Édition De Boeck,* Brussel 1999.

([16]) Hinton J. *The physical and mental distress of dying. Q. Journal of Medecine* 1963; 32 : 1-21.

véritable soutien ». Elle exige de la part du praticien qu'il maîtrise parfaitement les techniques de communication parce que, comme Kebers ([15]) l'écrit tellement bien, « Confronté à la mort, nul ne s'improvise et plus grand est le combat pour vaincre la souffrance, plus grande est la question des armes à utiliser ». Parmi celles-ci, l'écoute est une arme de choix indispensable. Mais l'écoute n'est pas donnée. Elle s'apprend et par conséquent s'enseigne. Et surtout, elle passe par l'écoute de soi avant de passer par l'écoute d'autrui. Pensez-vous que les médecins ont reçu ce type d'enseignement ? Sont-ils prêts à faire face à leurs peurs et aux sentiments d'impuissance, d'inutilité et de culpabilité qui les guettent lorsqu'ils sont confrontés à l'échec. Durant leurs études, ils ont appris à guérir, durant leurs premières années de pratique à produire. L'acte médical, diagnostique ou thérapeutique, est médiatisé, informatisé, rémunéré. L'absence de guérison est redoutée et le savoir être peu valorisé.

Il y a peu de temps un stagiaire, chargé d'examiner un patient cancéreux, partageait ses craintes avec Mme Desmedt — « Je préfère lui parler de la vie quotidienne, de ce qu'il a mangé ce matin, de la façon dont il supporte sa nouvelle médication plutôt que d'aborder le problème de sa mort. D'ailleurs, il ne m'en parle pas aussi souvent qu'à vous ... Et puis, j'ai tellement peur de lui faire mal ... À sa place, je ne pourrais pas accepter une telle déchéance ... ».

Comment ce jeune médecin, diplômé dans quelques mois, parlera-t-il de la mort avec ses malades ? Comment s'adressera-t-il à eux, lorsque la tumeur progressera et que sept patients sur dix ([16]) attendront qu'il aborde le sujet. Parviendra-t-il à les informer, à les rassurer et surtout à les assurer d'une présence attentionnée et inconditionnelle jusqu'au dernières heures de leur vie ? Cela suffirait pourtant, dans la plupart des cas, à calmer leurs peurs et leurs angoisses.

Que conclure après cette première série de remarques ? Nous pourrions croire, en lisant le texte de loi, que le législateur a clairement pu définir les critères qui conduiront à une pratique légale de l'euthanasie. Sur papier, il s'agit d'un arbitrage technique, calibré par des experts et encadré par des normes. Tel patient remplira les conditions et pourra bénéficier de l'acte, tel autre pas.

([15]) Kebers C., *Mort, deuil, séparation : itinéraire d'une formation.* Édition De Boeck, Bruxelles 1999.

([16]) Hinton J. *The physical and mental distress of dying. Q. Journal of Medecine* 1963; 32 : 1-21.

voldoet aan de voorwaarden en komt voor euthanasie in aanmerking. Patiënt Y daarentegen niet. De werkelijkheid zit echter complexer in elkaar en de grenzen tussen wat mogelijk is en wat niet, zijn vager dan uit de tekst blijkt.

De spreekster gaat over naar het tweede onderdeel van artikel 3 en staat stil bij de procedure die moet worden gevolgd bij de toepassing van euthanasie overeenkomstig de wet. Een eerste opmerking in dat verband heeft betrekking op de wijze waarop de arts op het verzoek moet reageren. Een tweede opmerking gaat over de zin en de onzin van systematisch interdisciplinair overleg.

Eerst staat de spreekster stil bij de reactie van de arts op een verzoek tot levensbeëindiging van een zieke. De tekst van het wetsontwerp bepaalt dat de arts de patiënt moet « inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg [moet] plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen [moet] bespreken ».

Wat die informatie moet inhouden, wordt volledig en duidelijk omschreven. Nu moet nog worden bepaald hoe ze moet worden verstrekt. De arts zal hoe dan ook veel luisterbereidheid aan de dag moeten kunnen leggen — evenveel als voor een zieke die met psychische moeilijkheden kampt. Tevens zal hij de ethische implicaties van die vorm van overleg perfect moeten beheersen. Hoe zullen de leden van de controlecommissie zeker kunnen weten dat het overleg naar behoren en met de nodige empathie is verlopen, alsook dat de beslissing het resultaat is van een echte dialoog ? Hoe zullen ze met zekerheid kunnen bepalen dat het euthanasieverzoek niet is ingegeven door een overdreven paternalistische houding, of door een informatiegesprek waarin de patiënt met een hele reeks onafwendbare waarheden werd geconfronteerd ?

Net als in het geval van therapeutische hardnekkigheid of verwaarlozing, kan de beslissing om tot euthanasie over te gaan volgens de spreekster pas worden genomen nadat de zieke, zijn naasten en het verzorgend team eerst samen, uur na uur, dag na dag, week na week, heel wat vragen hebben beantwoord en heel wat aarzeling, twijfel en onzekerheid hebben doorstaan.

De bijdrage van stelselmatig interdisciplinair overleg is een ander belangrijk punt. Momenteel berust de wettelijke procedure grotendeels bij de arts die de handeling verricht; hij is de woordvoerder, de beslisser en de uitvoerder. Volgens de tekst geldt voor de arts weliswaar de volgende bepaling : « indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt bespreken met het team of leden van dat team ». Maar volstaat dit ? De spreekster denkt van niet.

En pratique, les situations sont plus complexes et les limites beaucoup plus floues que ne le laisse transparaître l'écrit.

L'oratrice passe à l'analyse du second chapitre de l'article 3 et à la procédure qui régira une euthanasie légale. Une première remarque à ce propos concerne la façon dont le médecin devra gérer la demande. Une seconde remarque traite de l'apport d'une concertation interdisciplinaire systématique.

Examinons d'abord comment le médecin agira face au malade qui lui demande de mettre fin à sa vie. Le texte de loi indique qu'il a l'obligation « d'informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, de se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et d'évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences ».

Le contenu de l'information est complet et précis. Reste à définir comment il sera délivré. Le médecin aura certainement à faire preuve d'une grande capacité d'écoute, comparable à celle qu'il aura utilisée pour accompagner le malade en détresse psychologique. Il devra également maîtriser parfaitement la démarche éthique qu'engendre ce type de discussion. Comment les membres de la commission de contrôle s'assureront-ils que la discussion s'est bien déroulée dans un climat d'empathie et que la décision prise a fait l'objet d'un véritable dialogue ? Comment acquéront-ils la certitude qu'elle n'est ni la conséquence d'un paternalisme excessif, ni celle d'une séance d'information où le patient se serait vu asséner une longue série de vérités ?

Dans le domaine de l'euthanasie, comme dans celui de l'acharnement ou de l'abandon thérapeutique, la décision ne peut selon l'oratrice émerger que des questions, d'hésitations, d'atermoiements et de doutes que le malade partagera, heure après heure, jour à jour, semaine après semaine avec ses proches et toute l'équipe soignante.

L'apport d'une concertation interdisciplinaire systématique est un autre point important. Actuellement, la procédure légale repose en grande partie sur le médecin qui pratiquera l'acte, il est le porte-parole, le décideur et l'exécutant. Le texte indique, il est vrai, que « s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, le médecin devra s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celles-ci ». Est-ce suffisant ? L'oratrice ne le pense pas.

Toch verwerpt zij niet integraal het medisch prerogatief, want de beslissing delen houdt gevaren in : zulks zou de verantwoordelijkheden afzwakken. Het lijkt haar evenwel nog riskanter als aan groepsoverleg wordt voorbijgegaan. Interdisciplinariteit is een onvervangbaar werktuig als het erom gaat een ethisch vraagstuk op te lossen. De patiënt wordt beschermd tegen de willekeur van de louter medische beslissing. Elkeen zal op die manier in met affecten beladen situaties afstand kunnen nemen. Het zal ook een uitstekend middel zijn om het verzoek van ambivalentie te ontdoen, en vooral om met het advies van anderen te worden geconfronteerd en alle mogelijke alternatieve oplossingen in ogenschouw te nemen.

Om dezelfde redenen lijkt het beroep op externe bekwaamheden, zoals die van een cel die kan helpen bij de ethische besluitvorming of die van de gezinsarts, even kostbaar. Het optreden van een palliatief team zou eveneens van groot nut kunnen zijn. Maar de beslissing zou dit team echter nooit mogen toekomen en aan zijn medewerking zou maar mogen worden gedacht dan in het licht van een verloop dat gemeenschappelijk is met dat van het verzorgend team.

Het verhaal van Arthur is sprekend. Hij is 23 jaar oud. Als gevolg van een verkeersongeval lijdt hij aan tetraplegie. Hij wordt opgenomen voor een belangrijke doorligwonde aan het heiligbeen. Zeer snel wordt hij agressief en beledigend ten aanzien van verscheidene verpleegsters. Met andere is hij rustiger en geeft hij uiting aan zijn opstandigheid als gevolg van het volledig verlies van zijn fysieke autonomie, dat al twee jaar zijn deel is. Hij verkiest te sterven als zijn toestand ongeneeslijk is. Dit laatste wordt vervolgens bevestigd. Van dat ogenblik af vraagt hij zijn arts dagelijks dat deze hem zou helpen met zelfdoding. Hij blijft zijn verzoek herhalen ondanks de behandeling van externe artsen die de jonge man helpen zijn pijn en de overweldigende angstaanvallen onder controle te houden. Het verzorgingsteam besluit vervolgens samen te komen om te onderzoeken hoe aan zijn verzoek gevolg kan worden gegeven. Alle gezondheidswerkers die hem kennen of hebben gekend, worden opgeroepen. De ontmoeting heeft plaats in aanwezigheid van verscheidene leden van het ethisch comité van de ziekenhuizen. Vrij spoedig geeft de arts te kennen dat hij de wanhoop nabij is. Hij is zwaar gefrustreerd omdat hij de jonge tetraplegiepatiënt niets kan voorstellen.

Andere verzorgers zijn door het brutale gedrag van de zieke geschokt. Nog anderen zijn getroffen door zijn leed en verdedigen zijn houding en verzoek. Er komt een dialoog tot stand. Een verpleegster vermeldt het belang dat de zieke hecht aan het rechtsgeding waarbij de wegpiraat die hem in die toestand heeft gebracht, zal worden gestraft. De kinesitherapeut voegt eraan toe dat de patiënt met de schadeloosstelling die hij hoopt te krijgen, een deel van het huis van zijn broer wil inrichten

Elle ne rejette pourtant pas en bloc la prérogative médicale car un partage de pouvoir serait dangereux : il diluerait les responsabilités. Mais, il lui semble encore plus risqué de se priver d'une concertation d'équipe. L'interdisciplinarité est un outil de travail irremplaçable lorsqu'il s'agit de résoudre un problème éthique. Elle protègera le patient de l'arbitraire du seul jugement médical. Elle permettra à chacun de prendre de la distance dans les situations chargées d'affects. Elle constituera également un excellent moyen pour décoder l'ambivalence de la demande et surtout pour se laisser interpeller par l'éclairage d'autrui et envisager toutes les solutions alternatives possibles.

Pour les mêmes motifs, l'appel à des compétences extérieures comme celles d'une cellule d'aide à la décision éthique ou celles du médecin de famille paraît tout aussi précieux. L'intervention d'une équipe de soins palliatifs pourrait également être d'une grande utilité. Cela dit, la décision ne devrait jamais lui incomber et son concours ne devrait s'envisager qu'avec le souci d'un cheminement commun à celui de l'équipe soignante.

L'histoire d'Arthur est éloquente. Il à 23 ans. Il est resté tétraplégique après un accident de la route. Il est hospitalisé pour traiter une importante escarre sacrée. Très rapidement, il se montre agressif et grossier avec plusieurs infirmières. Avec d'autres, il est plus calme et partage sa révolte devant la perte d'autonomie physique complète qui l'atteint depuis deux ans. Il préfère mourir si son état est incurable. Cela lui sera confirmé. C'est à partir de ce moment que quotidiennement il interpellera le médecin pour qu'il l'aide à se suicider. Malgré l'intervention de professionnels extérieurs chargés de mieux contrôler la douleur et les bouffées d'angoisse qui assaillent le jeune homme, la demande se répète. L'équipe soignante décide alors de se réunir pour examiner comment y donner suite. Tous les professionnels de la santé connaissant ou ayant connu le malade sont convoqués. La rencontre a lieu en présence de plusieurs membres du comité d'éthique des cliniques. Très rapidement le médecin fait part du désarroi dans lequel il se trouve. Il est profondément frustré de n'avoir rien à proposer au jeune tétraplégique.

D'autres soignants sont outrés du comportement brutal du malade. D'autres encore, touchés par son malheur, défendent son attitude et sa demande. Le dialogue s'établit. Une infirmière parle de l'importance que le malade accorde au procès qui punira le chauffard qui l'a mis dans cet état. Le kinésithérapeute ajoute qu'avec le dédommagement qu'il espère obtenir, il pense aménager une partie de la maison de son frère pour aller y vivre. En tous cas, précise l'assistant social, « il n'est

om er te gaan wonen. In ieder geval, zo preciseert de maatschappelijk assistent, vindt hij het maar niets in het verzorgingstehuis te worden geplaatst waar zijn gezin de assistent gevraagd heeft hem te plaatsen. De psycholoog licht hen in over de ontwikkeling van de patiënt : hij is bezig de waarden in vraag te stellen waarop hij zijn leven vóór het ongeval had opgebouwd. De puzzel krijgt vorm. Vóór de vergadering was de arts er zeker van dat die patiënt wou sterven en dat het zijn plicht was hem te helpen. Nu heeft hij twijfels. Het is beter te wachten. Hij zal de patiënt zijn beslissing meedelen en van die gelegenheid gebruik maken om er zich van te vergewissen dat het lopend therapeutisch project voor hem wel geschikt is.

Wat is er gebeurd ? Heeft het overleg tussen de verschillende betrokkenen de arts belet in alle vrijheid te beslissen ? De spreekster denkt van niet. Integendeel, het heeft een gunstig gevolg gehad. Het heeft hem geholpen. Het heeft hem gesteund op een ogenblik dat hij er behoefte aan had om de gevolgen van zijn beslissing te dragen. Hij zal immers een zware verantwoordelijkheid dragen, wat ook het antwoord is dat hij uiteindelijk aan de patiënt zal geven. Zijn keuze zal hem op persoonlijk vlak aanspreken, professioneel zowel als individueel, met zijn geloof, zijn waarden, zijn eigen ervaring. Maar hij zal ook op niet-individueel vlak worden aangesproken, want hij zal rekening moeten houden met de gevolgen van zijn handeling voor zijn team, zijn instelling en, meer algemeen, de maatschappij.

Conclusie

In de loop van haar betoog heeft dokter Desmedt gesproken over haar twijfels en angsten. Zij kan dan ook alleen maar besluiten met het verzoek na te denken over de gevaren die de huidige redactie van de tekst inhoudt.

Zij ontkent niet dat er zieken zijn die zich in een dusdanig kritieke toestand bevinden dat euthanasie voor hen de enige uitweg wordt. Maar dergelijke situaties zijn uitermate zeldzaam (0,5 % à 2 %). Zij mogen echter geen bedreiging vormen voor het leven van andere zieken. Het is nu niet het moment om ter zake op te treden.

Er is een ander facet dat dringend moet worden aangepakt. « Elke patiënt heeft recht op palliatieve zorg bij de begeleiding van het levenseinde. ». Deze stelling, ontleend aan het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg, moet worden toegepast in de dagelijkse artsenpraktijk. Elke zieke moet de zekerheid hebben dat hij kwaliteitsvolle geneeskundige verzorging en psychologische bijstand krijgt. Hoe moet zulks tot stand worden gebracht ?

In eerste instantie door voorrang te verlenen aan de opleiding. Alle zorgverstrekkers moeten terzake een minimum aan bekwaamheid verwerven. Elke arts die zijn studie voleindigt zou de nodige kennis moeten bezitten inzake de specifieke noden en verzorging van ongeneesvraiment pas content d'être placé dans le home où sa famille l'a chargé de l'envoyer ». Le psychologue fait part du cheminement du patient : « il est en train de remettre en question les valeurs sur lesquelles il avait construit sa vie avant l'accident ». Les pièces du puzzle s'assemblent. Avant la réunion, le médecin avait la certitude que ce patient désirait mourir et qu'il était de son devoir de l'aider. Maintenant, il doute. Mieux vaut attendre. Il informera le patient de sa décision et en profitera pour s'assurer que le projet thérapeutique en cours lui convient bien.

Que s'est-il passé ? La concertation entre ces différents intervenants a-t-elle amputé la liberté décisionnelle du médecin ? L'oratrice ne le croit pas. Au contraire, elle a été bénéfique. Elle l'a aidé. Elle l'a soutenu à un moment où il en avait besoin pour assumer les conséquences de sa décision. Car, quelle que soit la réponse qu'il donnera finalement au jeune malade, il portera une lourde responsabilité. Son choix l'interpellera à un niveau personnel, comme professionnel, comme individu, véhiculant des croyances, des valeurs, un vécu propre. Il sera également interpellé à un niveau plus collectif car il devra tenir compte des suites que son acte engendrera dans son équipe, dans son institution et de façon plus globale dans la société.

Conclusion

Au cours de son intervention, Mme Desmedt a parlé de ses doutes et de ses craintes. Elle ne peut donc conclure qu'en demandant de réfléchir aux dangers que représente le texte de loi tel qu'il est rédigé aujourd'hui.

Elle ne nie pas l'existence de malades qui se trouvent dans une situation de vie tellement critique qu'une euthanasie devient pour eux l'unique porte de sortie. Mais ces situations sont extrêmement rares (0,5 % à 2 %). Elles ne peuvent en aucune manière mettre en péril la vie d'autres malades. Il ne faut pas légiférer maintenant.

L'urgence est ailleurs. « Tout patient doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie ». Cette assertion, tirée de la proposition de loi relative aux soins palliatifs, doit trouver application dans une pratique médicale journalière. Chaque malade doit être assuré de recevoir des soins médicaux et un soutien psychologique de qualité. Comment faire ?

Premièrement, en mettant une priorité sur l'enseignement. Tous les prestataires de soins devraient acquérir un minimum de compétences dans ces domaines. À l'issue de ses études, le jeune médecin devrait connaître la spécificité des besoins et des soins du malade incu-

lijk zieken. Hij zou een opleiding moeten hebben genoten die een alomvattende benadering van de patiënt voorstaat, en waarbij aandacht wordt besteed aan ethische reflectie, aan een interdisciplinaire aanpak en aan een bewuste houding ten aanzien van de dood en de gevolgen daarvan voor diens relatie tot de patiënt. Het is tijd dat het nodige wordt gedaan om een theoretische en praktische opleiding in palliatieve zorg ruimer ingang te doen vinden in de medische faculteiten. Het is tijd dat de plaats van palliatieve eenheden in de universitaire ziekenhuizen worden erkend.

Voorts zou een financiële inspanning moeten worden gedaan ter ondersteuning en versterking van de mobiele palliatieve eenheden ([17]). Zij vormen de desem en de katalysator waardoor de palliatieve cultuur ingang zal kunnen vinden in de gehele gezondheidszorg.

F. UITEENZETTING VAN PROFESSOR M. ADAMS, UNIVERSITEIT ANTWERPEN (UFSIA)

De internationaalrechtelijke dimensie van het wetsontwerp betreffende de euthanasie : Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten en Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

De spreker benadrukt dat hij van mening is dat er een maatschappelijke behoefte is aan goede wetgeving met betrekking tot euthanasie en palliatieve zorg.

Sinds mei 1997, toen het eerste advies van het raadgevend comité voor de bio-ethiek verscheen, heeft reeds heel wat discussie plaatsgevonden. Ook en misschien zelfs vooral op parlementair niveau, sinds november 1999, met name in de verenigde commissie voor Justitie en Sociale Zaken van de Senaat. Toch blijven er een aantal vragen bij het wetsontwerp zoals dat door de Senaat werd overgezonden. Het gaat hier om het *meest fundamentele* mensenrecht omdat het recht op leven de *conditio sine qua non* is die aan de uitoefening van alle andere (mensen)rechten voorafgaat.

De spreker zal het wetsontwerp belichten vanuit een internationaalrechtelijke invalshoek. Een heel aantal aspecten daarvan zijn tot nog toe niet adequaat uitgeklaard. Enerzijds wil hij het controlemechanisme zoals dat in het wetsontwerp wordt voorzien, belichten vanrable. Il devrait avoir été initié à la prise en charge globale du patient, à la réflexion éthique, à l'interdisciplinarité et confronté à son attitude vis à vis de la mort et à ses conséquences sur ses relations avec le malade. Il est temps de promouvoir un enseignement théorique et pratique de la médecine palliative dans les facultés de médecine. Il est temps de reconnaître officiellement la place des unités de soins palliatifs dans les hôpitaux universitaires.

Il faudrait également faire un effort financier pour soutenir et renforcer les structures mobiles de soins palliatifs ([17]). Elles représentent le ferment, le catalyseur qui permettra à la culture palliative de diffuser dans l'ensemble du monde de la santé.

F. EXPOSÉ DU PROFESSEUR M. ADAMS, UNIVERSITÉ D'ANVERS (UFSIA)

Le projet de loi relatif à l'euthanasie dans la perspective du droit international : Pacte international relatif aux droits civils et politiques et Convention européenne des droits de l'homme.

L'orateur souligne que l'élaboration d'une législation correcte en matière d'euthanasie et de soins palliatifs répond à un besoin exprimé par la société.

Depuis mai 1997 et la publication du premier avis du Comité consultatif de bioéthique, ce thème a déjà fait l'objet d'un large débat. Ce débat a également — et peut-être même surtout — eu lieu au niveau du parlement (depuis 1999), plus particulièrement au sein des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat. Le projet de loi, tel qu'il a été transmis par le Sénat, soulève cependant encore toute une série de questions. Le projet porte en fait sur *le plus fondamental* des droits de l'homme, puisque le droit à la vie est la condition *sine qua non* à l'exercice de tous les autres droits (de l'homme).

L'orateur se propose d'analyser le projet de loi sous l'angle du droit international. Dans cette optique, toute une série d'aspects n'ont pas encore été réglés de manière adéquate. Il entend analyser, d'une part, le mécanisme de contrôle, tel qu'il est prévu dans le projet de

([17]) Het aantal bedden in gespecialiseerde eenheden wordt krachtens de wet beperkt tot 360.

Een ziekenhuisopname van de patiënten in dergelijke eenheden duurt gemiddeld 21 dagen.

Jaarlijks sterven 25 000 personen aan kanker, van wie 80 % in een ziekenhuis.

Elk jaar komt dus slechts 25 % van de terminale kankerpatiënten in aanmerking om te worden opgenomen in een gespecialiseerde eenheid (360 x 365/21 = 6 257/25 000), alsmede 31 % van het aantal patiënten dat in een ziekenhuis overlijdt (6 257/20 000).

([17]) Le nombre de lits des unités spécialisées est limité par la législation à 360.

La durée moyenne d'hospitalisation des patients dans ces unités est de 21 jours.

Le nombre de décès par cancer est de 25 000 par an dont 80 % en milieu hospitalier.

Seuls 25 % des patients cancéreux en fin de vie sont donc susceptibles d'être accueillis par an dans une unité spécialisée (360 x 365/21 = 6 257/25 000) et 31 % de ceux décédant en milieu hospitalier (6 257/20 000).

uit het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (verder : IVBPR) van de Verenigde Naties, en anderzijds het wetsontwerp vanuit het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (verder : EVRM) van de Raad van Europa.

1. Op 27 augustus 2001 verschenen naar aanleiding van de derde Nederlandse Koninkrijksrapportage in het kader van het IVBPR, de zogenaamde « *concluding observations* » van het Mensenrechtencomité, belast met het toezicht op de naleving van het vermelde verdrag. Een van de toezichtmechanismen daarbij is het zogenaamde rapportagestelsel dat het comité de gelegenheid geeft om te bestuderen of de lidstaten hun verdragsverplichtingen nakomen. De « *concluding observations* » van augustus 2001 zijn boeiend en belangrijk omdat het comité een aantal vragen en bedenkingen formuleert bij de nieuwe Nederlandse euthanasiewet, onder meer bij het controlemechanisme. Het controlemechanisme in het wetsontwerp dat hier ter bespreking voorligt, is duidelijk geïnspireerd door het Nederlandse model. Het loont dus de moeite om het vermelde rapport van het comité terzake nader te bestuderen.

Wat behelst het controlemechanisme van respectievelijk de Nederlandse en Belgische euthanasiewet, en welke bedenkingen formuleert het Mensenrechtencomité ?

De Nederlandse wet voorziet in zogenaamde regionale toetsingscommissies (er fungeren er momenteel vijf). Elke commissie bestaat uit drie leden (en drie plaatsvervangers) : een arts, een deskundige inzake ethische of zinvraagstukken en een jurist (voorzitter). Indien euthanasie heeft plaatsgevonden, stelt de behandelende arts een rapport op voor de toetsingscommissie in zijn regio. Die commissie staat dan in voor de toetsing, achteraf, van conformiteit aan de zorgvuldigheidsvereisten zoals die in de wet staan opgenomen. Het oordeel van de commissie wordt binnen zes weken bij gewone meerderheid en gemotiveerd meegedeeld aan de arts. De commissie óf de arts kan vragen om het oordeel nog toe te lichten. In het geval van een negatieve beoordeling deelt de commissie dit ook mee aan het College van procureurs-generaal en de regionale inspecteur van de volksgezondheid. Enkel verdachte gevallen worden dus aan het openbaar ministerie medegedeeld.

In België wordt nu een gelijkaardige regeling voorzien. Het federale controleorgaan zou moeten bestaan uit zestien leden : acht leden zijn doctor in de geneeskunde (waarvan vier hoogleraren), vier leden zijn hoogleraren in de rechten of advocaat, en ten slotte zijn vier leden afkomstig uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten. Dit alles op basis van de gekende evenwichten op het vlak van taal, levensbeschouwing en geslacht. De arts moet nu binnen vier werkdagen na een euthanasie een dossier overzenden, dat twee delen omvat : a) een anoniem deel

loi, à la lumière du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (ci-après : PIDCP) des Nations unies et, d'autre part, le projet de loi dans son ensemble au regard de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après : CEDH) du Conseil de l'Europe.

1. C'est le 27 août 2001, à la suite de la publication du troisième rapport royal néerlandais établi dans le cadre du PIDCP, qu'ont été publiées les « observations finales » du Comité des droits de l'homme, chargé du contrôle du respect du pacte précité. Un des mécanismes de contrôle est le système de rapport qui permet au Comité de vérifier si les États parties respectent les obligations découlant du pacte. Les « observations finales » d'août 2001 sont à la fois passionnantes et importantes étant donné que le Comité formule un certain nombre de questions et d'observations au sujet de la nouvelle loi néerlandaise relative à l'euthanasie, et en particulier au sujet du mécanisme de contrôle. Le mécanisme de contrôle prévu par le projet de loi à l'examen s'inspirant manifestement du modèle néerlandais, il paraît opportun d'examiner plus avant le rapport précité du Comité.

Que recouvre le mécanisme de contrôle prévu respectivement par la loi néerlandaise et la loi belge relative à la l'euthanasie et quelles sont les observations du Comité des droits de l'homme ?

La loi néerlandaise prévoit des commissions régionales de contrôle (actuellement au nombre de cinq). Chaque commission est composée de trois membres (et de trois suppléants) : un médecin, un spécialiste des questions éthiques ou philosophiques et un juriste (président). Lorsqu'une euthanasie a été pratiquée, le médecin traitant rédige un rapport pour la commission de contrôle de sa région. La commission est alors chargée du contrôle *a posteriori* de la conformité de l'acte aux critères de rigueur prévus par la loi. Le jugement motivé de la commission, rendu à la majorité simple, est communiqué au médecin dans un délai de six semaines. Il peut être demandé, par la commission ou par le médecin, que l'évaluation soit explicitée davantage. Lorsque l'évaluation est négative, la commission en fait également part au Collège des procureurs généraux, ainsi qu'à l'inspecteur régional de la santé publique. Seuls les cas suspects sont, dès lors, communiqués au ministère public.

Une réglementation de même nature est maintenant prévue en Belgique. L'organe fédéral de contrôle devrait se composer de seize membres : huit d'entre eux sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge; quatre sont professeurs de droit dans une université, ou avocats; et quatre sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable, le tout dans le respect des équilibres habituels en matière linguistique, philosophique et sexuelle. Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, un

met betrekking tot de persoonsgegevens van patiënt, arts en eventuele vertrouwenspersonen, en b) een niet-anoniem deel met betrekking tot gegevens over de euthanasie (ziekte, aard van het lijden, gevolgde procedure ...). Bij twijfel over de legitimiteit kan op grond van een gewone meerderheid de anonimiteit van het eerste deel worden opgeheven, wat meteen toelaat dat de arts verdere informatie verschaft uit het medisch dossier. De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit. Slechts op basis van een tweederde meerderheid wordt het dossier naar de procureur des Konings van de plaats van overlijden gezonden.

Het Mensenrechtencomité benadrukt nu dat waar een verdragspartij met betrekking tot doelbewust levensbeëindigend handelen de bescherming door het recht afzwakt (« *to relax* »), deze partij de plicht heeft op de meest kritische wijze te bezien of ze de verdragsverplichtingen ten aanzien van het recht op leven, dat in artikel 6 van het IVBPR staat opgenomen, nog wel nakomt. Ten aanzien van de Nederlandse wet heeft het comité nogal wat twijfels terzake. Ten eerste vraagt het comité zich af het controlesysteem in staat is die gevallen te ontdekken waar ontoelaatbare druk heeft plaatsgevonden. Het constateert ook dat er in Nederland in het jaar 2000 maar drie gevallen op 2000 naar het openbaar ministerie werden doorverwezen. En ten derde signaleert het comité dat de commissies slechts *ex post* controleren, en dus niet kunnen voorkomen dat mensenlevens worden beëindigd in situaties waarin niet aan de wettelijke vereisten wordt voldaan. Het comité nodigt op basis hiervan de Nederlandse overheid uit om de wet te heroverwegen.

De spreker formuleert in het licht hiervan een aantal bedenkingen bij de huidige opzet van het controleorgaan zoals dat in het wetsontwerp is voorzien.

1) Kan een commissie van 16 niet-voltijdse leden de dossiers ernstig verwerken, nu er dat honderden zo niet duizenden per jaar zullen zijn ?

2) Nu doorverwijzing alleen kan gebeuren op basis van een tweederde meerderheid, kan dit niet plaatsvinden, gelet op de samenstelling van de commissie, zonder medewerking van de artsen-leden of tegen de wil van een belangrijke ideologische stroming in ([18]). Elke minderheid kan daardoor de besluitvorming, in het nadeel van de arts, blokkeren. Dit plaatst de leden in geval van twijfel voor een alles-of-niets-dillemma : ofwel zijn de vereisten nageleefd of niet. Een tussenweg lijkt niet mogelijk. In combinatie met het feit dat het huidige wetsontwerp geen onderscheid maakt tussen strafbaarstel-

([18]) Zie hierover G.Geudens, « *Het euthanasiedebat ruim bekeken* », in F. Van Neste, J. Taels en A. Cools (red.), *Van klinische ethiek naar bio-recht*, Leuven, Peeters, 2001, 450-455.

dossier composé de deux volets : a) un premier volet anonyme contenant les données personnelles du patient, du médecin et de la personne de confiance éventuelle, et b) un second volet, qui n'est pas anonyme et qui contient les données relatives à l'euthanasie (maladie, nature des souffrances, procédure suivie, etc.). En cas de doute quant à la légitimité de l'acte, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Le médecin peut dès lors communiquer plus d'informations au sujet du dossier médical. La commission se prononce dans un délai de deux mois. Le dossier n'est envoyé au procureur du Roi que lorsque cette décision est prise par une majorité des deux tiers.

Le Comité des droits de l'homme souligne que lorsqu'une partie au Pacte assouplit (*to relax*), en ce qui concerne l'intervention euthanasique, la protection offerte par le droit, cette partie doit se demander de la manière la plus critique si elle satisfait encore aux obligations prévues dans le Pacte à propos du droit à la vie, qui fait l'objet de l'article 6 du PIDCP. En ce qui concerne la loi néerlandaise, le Comité a ses doutes à cet égard. Le Comité se demande si le système de contrôle est en mesure de détecter les cas où il y a eu une pression inadmissible. Il constate aussi qu'aux Pays-Bas, il n'y a eu, en 2000, que trois cas sur 2000 qui ont été soumis au ministère public. Et le Comité signale enfin que les commissions ne contrôlent qu'*a posteriori* et ne peuvent donc pas empêcher qu'il soit mis fin à des vies humaines dans des cas où les conditions légales ne sont pas remplies. Le Comité invite dès lors les autorités néerlandaises à reconsidérer la loi.

L'orateur formule, dans cette optique, un certain nombre d'observations à propos du but de l'organe de contrôle tel qu'il est prévu dans le projet de loi.

1) Une commission de 16 membres travaillant à temps partiel peut-elle traiter sérieusement les dossiers, dont le nombre s'élèvera à plusieurs centaines, voire plusieurs milliers par an ?

2) Étant donné que la transmission du dossier au ministère public ne peut s'effectuer que si deux tiers des membres y consentent, il est impossible que, compte tenu de la composition de la commission, le dossier soit transmis sans la collaboration des membres médecins ou contre la volonté d'un courant philosophique important ([18]). Chaque minorité peut ainsi bloquer la prise de décision et porter préjudice au médecin. En cas de doute, les membres sont ainsi placés devant le dilemme : tout ou rien. Il n'y a pas de solution médiane. Si l'on ajoute à cela que le projet de loi à l'examen n'établit aucune dis-

([18]) Voir à cet égard G. Geudens, « *Het euthanasiedebat ruim bekeken* », *in* F. Van Neste, J . Taels et A. Cools (red.), *Van klinische ethiek naar bio-recht, Leuven*, Peeters, 2001, 450-455.

ling in geval van niet-naleving, van de formele vereisten of materiële vereisten (of beter, van zwaardere of lichtere overtredingen), lijkt dit toch wel problematisch. De proportionaliteit is op dat vlak immers zoek. De spreker verwacht dan ook dat een problematische euthanasie vrijwel nooit zal worden gemeld aan de procureur des Konings, omdat : a) een bepaalde ideologische deelgroep van de commissie of; b) de artsen uit de commissie het niet wensen; of c) het risico bestaat van een disproportionele straf voor een behandelende arts als gevolg van een lichtere overtreding van de wet. De commissie zal als gevolg hiervan, dus een rechtspolitiek beleid gaan voeren (wat niet de taak ervan is), en slechts in extreme omstandigheden tot vervolging adviseren. Maar juist dergelijke gevallen zullen niet bij de controlecommissie worden aangebracht.

De professor stelt voor alsnog een gelaagde strafbaarstelling in te voeren, met daarbij onder meer een onderscheid tussen overtreding van essentiële voorwaarden van de wet en vormvoorwaarden (aldus ook de Raad van State).

3) Ten derde lopen we door deze constructie het risico dat het openbaar ministerie alsnog zelfstandig de vervolgingstaak in geval van euthanasie op zich zal nemen. Terwijl het doel juist is de controle van euthanaserend handelen op afstand van het bedreigende systeem van het strafrecht en het openbaar ministerie te plaatsen, omdat een controlesysteem in de context van euthanasie natuurlijk alleen maar onder die voorwaarden behoorlijk kan functioneren. Uit het bekende Nederlandse onderzoek van Van der Wal en Van der Maas dat werd gepubliceerd in 1996, bleek namelijk dat een van de belangrijke motieven van artsen in Nederland om de melding van hun handelen niet altijd (of niet altijd optimaal) bij de bevoegde instanties te doen, gelegen was in het gebrek aan rechtszekerheid. Het strafrecht kan immers te bedreigend zijn voor arts én nabestaanden, te algemeen geformuleerd zijn, waardoor het geen recht kan doen aan de specificiteit van ieder afzonderlijk geval, of het kan te omslachtig en te bureaucratisch zijn. Uit hetzelfde onderzoek bleek tevens dat het overgrote deel van de artsen wel degelijk bereid is om euthanaserend handelen te laten toetsen, maar liefst niet door het openbaar ministerie. Het is bovendien maar de vraag of het openbaar ministerie zelf in staat zal zijn om naleving van de wet te controleren of af te dwingen. Hoe dan ook, het belang van een deugdelijke meldingsregeling en controlemechanisme valt niet te onderschatten. Het succes van de wet staat of valt er mee.

4) Het beste zou een betere toetsing vooraf zijn. Een (semi)justitiële toetsing vooraf zou veel problemen kunnen verhelpen. Men zou zich zoiets kunnen voorstellen als een vragenlijst (liefst niet te uitgebreid) die via een tussenpersoon anoniem naar een commissie (eventueel met een vertegenwoordiger van het openbaar ministe-

tinction entre l'incrimination en cas de non-respect des conditions formelles ou matérielles (ou plus précisément entre infractions graves ou légères), on se trouve devant un problème. Pas de trace de proportionnalité en la matière. L'orateur s'attend à ce que les cas d'euthanasie posant problème ne soient jamais dénoncés au procureur du Roi parce que : a) ou bien un groupe de membres représentant un courant idéologique b) ou bien les médecins de la commission s'y opposent ou bien c) le médecin traitant risque de se voir infliger une peine disproportionnée par rapport à la faible gravité de l'infraction. La commission devra ainsi jouer un rôle juridique (ce qui n'est pas sa mission) et ne conseillera d'intenter des poursuites que dans des circonstances extrêmes. Mais ce sont précisément ces cas-là qui ne seront pas portés devant la commission de contrôle.

Le professeur propose d'instaurer une incrimination progressive en tenant compte de la distinction entre nonrespect des conditions essentielles de la loi et les conditions formelles (c'est également l'avis du Conseil d'État).

3) Troisièmement, du fait de cette structure, nous risquons de voir malgré tout le ministère public prendre indépendamment l'initiative de poursuivre l'acte euthanasique, alors que le but est précisément de placer le contrôle de cet acte à l'écart du système menaçant du droit pénal et de l'action du ministère public. Dans le contexte de l'euthanasie, le fonctionnement correct d'un système de contrôle ne peut en effet être garanti qu'à cette condition. L'étude réalisée aux Pays-Bas par Van der Wal et Van der Maas et publiée en 1996 révèle en effet que l'une des principales raisons pour lesquelles les médecins néerlandais ne déclarent pas toujours (ou pas toujours de manière optimale) leur intervention auprès des organes compétents, est l'absence de sûreté juridique. De fait, le droit pénal peut se montrer par trop menaçant tant à l'égard du médecin que des proches, et ce, en raison de sa formulation trop générale, qui empêche de tenir compte de la spécificité que chaque cas individuel, trop compliquée et trop bureaucratique. La même étude fait apparaître que la grande majorité des médecins sont effectivement disposés à soumettre l'intervention euthanasique à un contrôle, mais de préférence pas à celui du ministère public. On peut en outre se demander si le ministère public est lui-même en mesure de contrôler et d'imposer le respect de la loi. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas sous-estimer l'importance d'une procédure de déclaration correcte et d'un mécanisme de contrôle efficace. Il y va de l'applicabilité de la loi.

4) La meilleure solution consisterait à organiser un meilleur contrôle préalable. Un contrôle (semi)judiciaire préalable permettrait d'éviter nombre de problèmes. On pourrait par exemple établir un questionnaire anonyme (de préférence pas trop long), qui serait remis, par le biais d'une personne intermédiaire, à une commission

rie erin opgenomen) wordt gezonden. De commissie stuurt deze lijst met een ondertekende taxatie terug naar de tussenpersoon, die vervolgens onmiddellijk de arts en de patiënt daarvan in kennis stelt. Uiteraard kan een dergelijke taxatie door de commissie niet meer zijn dan een voorlopig oordeel. Het is bovendien van cruciaal belang dat er een afspraak bestaat dat het openbaar ministerie achteraf alleen dan van dat voorlopige oordeel zal afwijken wanneer de feitelijke omstandigheden van het euthanaserend handelen afwijken van de gegevens op basis waarvan de taxatie werd verricht. Een dergelijke toetsing zal uiteraard op efficiënte wijze moeten plaatsvinden, want ze zal berekend moeten zijn op melding van honderden tot duizenden gevallen per jaar. Een dergelijke regeling moet uiteraard worden gekoppeld aan een toetsing achteraf van het daadwerkelijk euthanaserend handelen.

Nu de Belgische regeling wat problematischer in elkaar zit dan de Nederlandse, zal de kritiek van het Mensenrechtencomité op de Nederlandse situatie ten volle van toepassing zijn op de voorliggende teksten.

2. Wat betreft de relatie van het wetsontwerp met het EVRM, wijdt de afdeling wetgeving van de Raad van State op 1 juli 2001 een ruim deel van zijn advies aan de verzoenbaarheid van het wetsontwerp (dan nog wetsvoorstel) met het recht op leven zoals dit vervat ligt in artikel 6 van het IVBPR en (vooral) in artikel 2 van het EVRM. Artikel 2 van het EVRM stelt het volgende : « Het recht van eenieder op het leven wordt beschermd door de wet. Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd (...). ». Waarna een exhaustieve opsomming volgt van uitzonderingen (doodstraf, ter verdediging tegen onrechtmatig geweld, om ontsnapping van een gevangene te voorkomen of een rechtmatige arrestatie te verrichten, of om een oproer of opstand te onderdrukken). Deze uitzonderingen hebben geen betrekking op euthanasie. De Raad merkt in algemene zin op dat deze fundamentele bepaling niet alleen een negatieve verplichting oplegt aan de Staat, maar tevens een positieve, namelijk « de verplichting om de nodige maatregelen te nemen ter bescherming van het leven van de personen die onder zijn rechtsmacht ressorteren ».

Met verwijzing naar de rechtspraak van het EVRM stelt de Raad vast dat deze positieve component er meer concreet in bestaat « te zorgen voor een effectieve strafwetgeving, welke een ontradend effect heeft ten aanzien van het plegen van misdrijven tegen de persoon. Die strafwetgeving dient bovendien gepaard te gaan met een systeem voor de preventie, de vervolging en de bestraffing van de overtredingen ervan ». Soms kan deze verplichting, aldus nog de Raad, er zelfs toe leiden maatregelen te nemen ter bescherming van een persoon tegen zichzelf. Hierbij wordt wel aangestipt dat deze maat-

(qui compterait éventuellement en son sein un représentant du ministère public). La commission renverrait ce questionnaire à la personne intermédiaire en y joignant une évaluation signée. La personne intermédiaire en informerait immédiatement le médecin et le patient. Il va de soi qu'une telle évaluation ne constituerait qu'un avis provisoire. Il importe en outre que l'on convienne que le ministère public ne dérogerait ultérieurement à cet avis provisoire que si les circonstances de l'intervention euthanasique différaient des données sur la base desquelles l'évaluation a eu lieu. Un tel contrôle devra évidemment être organisé de manière efficace, car il devra être effectué des centaines ou des milliers de fois par an. Un tel système doit évidemment être combiné à un contrôle *a posteriori* de l'intervention euthanasique proprement dite.

Étant donné que la conception de la réglementation belge est plus problématique que celle de la législation néerlandaise, les critiques formulées par le Comité des droits de l'homme à l'encontre du système néerlandais s'appliquent pleinement aux textes à l'examen.

2. En ce qui concerne la relation du projet de loi avec la CEDH, la section de législation du Conseil d'État consacrait le 1er juillet 2001 une grande partie de son avis à la compatibilité du projet de loi (qui n'était alors qu'une proposition de loi) avec le droit à la vie, tel que prévu à l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et (surtout) à l'article 2 de la CEDH. L'article 2 de la CEDH prévoit que : « Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement (…). ». Suit une énumération exhaustive des exceptions (sentence capitale, pour assurer la défense de toute personne contre une violence illégale, pour effectuer une arrestation régulière ou pour empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue ou pour réprimer une émeute ou une insurrection). Ces exceptions n'ont aucun rapport avec l'euthanasie. De manière générale, le Conseil fait observer que cette disposition fondamentale n'impose pas seulement une obligation négative à l'État, mais également une obligation positive, à savoir « l'obligation de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction ».

En se référant à la jurisprudence de la CEDH, le Conseil précise que cette composante positive consiste plus concrètement à « mettre en place une législation pénale concrète, dissuadant de commettre des atteintes contre la personne. Cette législation pénale doit en outre s'assortir d'un mécanisme conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations ». Le Conseil ajoute que dans certains cas, cette obligation peut même conduire à prendre des mesures pour protéger un individu contre lui-même. À cet égard, il fait néanmoins observer que ces mesures doivent toujours être compatibles avec les

regelen steeds verenigbaar moeten zijn met de rechten en vrijheden van de betrokken persoon. Met name de reikwijdte van de zelfbeschikking is van belang bij de vaststelling van de precieze omvang van de bescherming van het recht op leven.

De vraag rijst in hoeverre een persoon afstand zou kunnen doen van het recht op leven. Het loont de moeite om de Raad terzake *in extenso* te citeren. « De Raad van State meent te moeten opmerken dat het niet nodig is te onderzoeken in hoeverre een persoon afstand zou kunnen doen van het recht op leven. Van de afstand van een recht is slechts zinvol sprake wanneer een persoon de overheid vrijstelt van haar verplichting zelf om een bepaald recht te eerbiedigen of te beschermen, met als gevolg dat een inmenging of een nalaten van de overheid, dat normaal als een schending van het betrokken grondrecht zou moeten worden beschouwd, dat kenmerk verliest. Er valt echter moeilijk in te zien van welk recht een persoon afstand doet, als hij zelf een bepaalde behandeling vraagt. Het is niet omdat een persoon om de beëindiging van zijn leven verzoekt, dat hij afstand doet van het recht op bescherming van zijn leven. Die persoon lijkt integendeel dat recht zelf « uit te oefenen », door de grenzen te bepalen van de bescherming, die hij zelf wenst. » (paragraaf 7, advies). De Raad lijkt van mening te zijn dat de norm « eerbied voor het leven », die dus in artikel 2 van het EVRM vervat ligt, de overheid en anderen inderdaad het recht ontneemt iemand tegen diens wil het leven te benemen. Maar gelijktijdig, kan dus diezelfde overheid, aldus nog de Raad, een persoon niet verbieden zichzelf het leven te ontnemen, of daarbij hulp te vragen van anderen.

De hierboven geciteerde passage roept toch vragen op over de aard van artikel 2 van het EVRM. J. Velaers bevestigde recent nog, in een zeer grondige studie, dat artikel 2 van openbare orde is ([19]). Dat heeft als consequentie dat de toestemming om van artikel 2 afstand te doen geen rechtvaardigingsgrond kan betekenen om euthanasie te plegen. In leder geval werd deze opvatting over de aard van artikel 2 van het EVRM in 2001 ook nog bevestigd door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens zelf, met name in de zaak *Streletz, Kessler and Krenz versus Germany*, waar het Hof stelde dat « *the right to life is an inalienable attribute of human beings*. » (n[rs] 34044/96, 35532/97 en 44801/98, 22 maart 2001, paragraaf 94).

Betekent dit dat een euthanasiewet hoe dan ook onmogelijk is, in welke vorm dan ook ? Geenszins, maar de ruimte die voor euthanaserend handelen kan ontstaan, vloeit dan niet voort uit de aard en het wezen van

([19]) J. Velaers, « Het leven, de dood en de grondrechten. Juridische beschouwingen over zelfdoding en euthanasie », in Over zichzelf beschikken ? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood, Antwerpen, Maklu, 1996,472-478.

droits et libertés de l'intéressé. Notamment, la portée de l'autodétermination est importante pour définir l'étendue précise de la protection du droit à la vie.

On peut se demander dans quelle mesure un individu pourrait renoncer au droit à la vie. L'avis du Conseil d'État à ce sujet mérite d'être cité : « À ce propos, le Conseil d'État se doit d'observer qu'il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure un individu pourrait renoncer au droit à la vie. Il n'est vraiment question d'une renonciation à un droit que lorsqu'un individu dispense les autorités de leur obligation même de respecter ou de protéger un droit déterminé, ce qui implique qu'une ingérence ou une abstention des autorités, que l'on devrait normalement considérer comme une violation du droit fondamental concerné, perd cette qualification. Néanmoins, on aperçoit mal à quel droit une personne renonce lorsqu'elle sollicite elle-même un traitement déterminé. Le fait qu'une personne demande à ce qu'il soit mis fin à ses jours ne signifie pas qu'elle renonce au droit de protection de sa vie. Il semble au contraire que cette personne « exerce » elle-même ce droit en fixant les limites de la protection qu'elle souhaite personnellement. » (point 7 de l'avis). Le Conseil d'État semble estimer que la norme « respect de la vie », énoncée à l'article 2 de la CEHD, prive effectivement les autorités et autrui du droit d'ôter la vie à quelqu'un contre sa volonté. Mais dans le même temps, les autorités ne peuvent pas non plus, toujours selon le Conseil d'État, interdire à un individu de se donner la mort ou de demander l'aide d'autrui à cette fin.

Le passage cité plus haut soulève toutefois des questions quant à la nature de l'article 2 de la CEDH. J. Velaers confirmait encore récemment, dans une étude très fouillée, que l'article 2 est d'ordre public ([19]). Par conséquent, l'autorisation de renoncer à l'application de l'article 2 ne peut constituer une cause de justification pour pratiquer l'euthanasie. Cette interprétation quant à la nature de l'article 2 de la CEDH a encore été confirmée en 2001 par la Cour européenne des droits de l'homme elle-même, dans l'affaire Streletz, *Kessler and Krenz v. Germany*, où la Cour a estimé que « *the right to life is an inalienable attribute of human beings*. » (n[os] 34044/96, 35532/97 et 44801/98, 22 mars 2001, paragraphe 94).

Cela signifie-t-il que toute loi relative à l'euthanasie est impossible, sous quelque forme que ce soit ? Absolument pas, mais la marge laissée à un acte d'euthanasie ne découle dès lors pas de la nature ni de l'essence

([19]) J. Velaers, « *Het leven, de dood en de grondrechten. Juridische beschouwingen over zelfdoding en euthanasie », in Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood, Antwerpen*, Maklu, 1996,472-478.

artikel 2 van het EVRM, maar uit een botsing van (mensen)rechten, met name uit een botsing tussen de artikelen 2 en 3 van het EVRM. Deze laatste bepaling stelt dat niemand « mag worden onderworpen aan folteringen noch aan onmenselijke of vernederende behandelingen of straffen ». De ethiek die het recht hier hanteert, met name wanneer de artikelen 2 en 3 naast elkaar worden gelezen, is dat de overheid inderdaad de verantwoordelijkheid draagt voor de effectieve bescherming van het menselijk leven, ook het gebroken en kwetsbare leven. Ook de Raad van State geeft toe dat het Belgische wetsvoorstel in het licht van dit conflict van Grondrechten moet worden onderzocht. Want in paragraaf 8 van het onderhavige Advies geeft ze aan dat de verplichting van de overheid om het leven te beschermen moet worden afgewogen tegen het recht op zelfbeschikking van de betrokkene, wat hier dan volgens de Raad neerkomt op het afwegen van artikel 2 tegen artikel 3 van het EVRM.

De *communis opinio* onder juristen is inderdaad dat euthanasie niet noodzakelijk onverenigbaar is met artikel 2. Het gaat hier dan zoals gezegd om het resultaat van een afweging van belangen (zoals dat in het recht overigens zo vaak het geval is), om het resultaat van een conflict tussen twee grondrechten zelfs, waarbij onder bepaalde omstandigheden het ene grondrecht (artikel 3 in dit geval) boven het andere (artikel 2) kan worden geplaatst omdat deze niet allebei gelijktijdig kunnen worden beschermd. De waarlijk boeiende vraag is dus : welke zijn deze « bepaalde omstandigheden » ? Wanneer mag de Staat aan haar plicht om het leven te beschermen verzaken ? Nog anders gezegd : welke ruimte schept het EVRM voor euthanaserend handelen en waar ligt de grens ? De Raad van State wenst hier echter niets over te zeggen, behalve dat « [n]och het EVRM noch het IVBPR bepaalt (*sic*) hoe dit « conflict » tussen grondrechten moet worden opgelost » (paragraaf 8). Deze stelling is juist, maar een dergelijke situatie lijkt de spreker toch bepaald niet uitzonderlijk, want het recht kan niet in alle situaties voorzien. De vraag aan de Raad was nu juist daar wel iets over te zeggen, en wel omdat het EVRM het conflict zelf niet oplost.

De Raad vervolgt met een mededeling : « Een belangrijk kenmerk van het euthanasiedebat is bovendien dat daarbij moeilijke en fundamentele ethische vragen rijzen, zodat een keuze moet worden gemaakt tussen conflicterende ethische opvattingen. [B]ij de beoordeling van het al dan niet geoorloofd karakter van een wetsvoorstel moet ervan worden uitgegaan dat het de taak is van de wetgever om conflicterende ethische opvattingen met elkaar te verzoenen. De rechter moet in dit opzicht de beleidsvrijheid van de wetgever eerbiedigen, en zich niet in diens plaats stellen. Vanzelfsprekend moet ook de Raad van State, afdeling wetgeving zich daaraan houden. » (paragraaf 8). Om deze visie te onder-

de l'article 2 de la CEDH, mais d'une opposition entre des droits (de l'homme), à savoir l'opposition entre les articles 2 et 3 de la CEDH. Cette dernière disposition prévoit que « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. ». L'éthique sur laquelle se fonde le droit en l'occurrence, c'est-à-dire lorsqu'on met les articles 2 et 3 en parallèle, est que les autorités sont en effet responsables de la protection effective de la vie humaine, même lorsque celle-ci est brisée et fragile. Le Conseil d'État admet, lui aussi, que la proposition de loi belge doit être examinée à la lumière de ce conflit entre droits fondamentaux. Au paragraphe 8 de son avis, il précise que cela signifie que l'obligation des autorités de protéger le droit à la vie doit être mise en balance avec le droit de l'intéressé à l'autodétermination, ce qui revient, selon le Conseil d'État, à mettre en balance l'article 2 avec l'article 3 de la CEDH.

Parmi les juristes, l'opinion commune est effectivement que l'euthanasie n'est pas nécessairement incompatible avec l'article 2. Ainsi qu'il a été indiqué, il s'agit en l'occurrence du résultat de la mise en balance de deux intérêts (ainsi que c'est souvent le cas du reste en droit), même du résultat du conflit entre deux droits fondamentaux, un droit fondamental (en l'occurrence l'article 3) pouvant, dans des circonstances données, primer l'autre (l'article 2), du fait qu'il ne peuvent être protégés tous les deux simultanément. La question véritablement cruciale est dès lors la suivante : quelles sont ces « circonstances données » ? Quand les autorités peuvent-elles renoncer à leur devoir de protéger la vie ? En d'autres termes, quelle marge la CEDH laisse-t-elle à la pratique de l'euthanasie et où se situe la frontière ? Le Conseil d'État ne souhaite pas se prononcer en la matière, mais précise uniquement que « Ni la CEDH ni le PIDCP n'indiquent comment résoudre ce « conflit » entre droits (fondamentaux). » (paragraphe 8). Ce point de vue est exact, mais il paraît à l'intervenant qu'une telle situation n'est pas particulièrement exceptionnelle, dès lors que le droit ne peut prévoir toutes les situations. Le Conseil d'État était précisément invité à se prononcer en la matière, et ce, parce que la CEDH ne résout pas elle-même le conflit.

Le Conseil d'État poursuit de la manière suivante : « Par ailleurs, une des caractéristiques essentielles du débat sur l'euthanasie tient en ce qu'il suscite des questions éthiques difficiles et fondamentales, si bien qu'il s'impose de faire un choix entre différentes conceptions éthiques opposées. L'appréciation du caractère légitime ou non d'une proposition de loi requiert également de partir du principe que c'est au législateur qu'il appartient de concilier des conceptions éthiques opposées. Le juge doit à cet égard respecter le pouvoir d'appréciation du législateur et ne peut se substituer à lui. Il va sans dire que le Conseil d'État, section de législation, doit lui aussi observer cette règle » (point 8). Afin d'étayer son point

steunen doet de Raad een beroep op het oordeel van de toenmalige Europese Commissie voor de Rechten van de Mens, die zich in 1992 bij gelijkaardige overwegingen van het Noorse Opperste Gerechtshof aansloot in de context van de Noorse abortuswetgeving. De Raad citeert de commissie bevestigend waar deze van mening was dat in « *such a delicate area the Contracting States must have a certain discretion* ». Inderdaad, het maken van politieke opportuniteitsafwegingen is uitdrukkelijk een taak van de wetgever. Een dergelijk standpunt kan van wijsheid getuigen, want het primaat van de politiek is en blijft een belangrijk gegeven in een democratie. Maar de commissie sprak in het hierboven gegeven citaat van « *a certain discretion* », niet van een oneindige. De vraag waar dus aan moet worden tegemoetgekomen, is of deze marge van appreciatie inderdaad overtreden werd. Het enige wat de Raad doet om dit te onderzoeken is het overlopen van de materiële en formele vereisten die in het wetsvoorstel aan het plegen van euthanasie worden gesteld. Ze onderzoekt die vereisten inhoudelijk echter nauwelijks. Er is veeleer sprake van een kille opsomming. De Raad komt na die opsomming tot de conclusie dat, ook al voorziet het wetsvoorstel « In een beperking van de tot dusver door de wet geboden bescherming van het recht op leven, [het] binnen de perken blijft die de artikelen 2 van het EVRM en 6 van het IVBPR aan de beoordelingsvrijheid van de overheid stellen. » (paragraaf 10). Maar dat is zelfs een marginale toetsing. Over artikel 3 en een concrete afweging van belangen wordt door de Raad met geen woord meer gerept. In zijn opvatting is dat natuurlijk ook niet nodig, want van artikel 2 kan het individu immers betrekkelijk probleemloos afstand doen. En voorzover er al sprake is van een conflict van (mensen)rechten, geeft het EVRM daar zelf geen antwoord op en komt dat oordeel volgens de Raad de politiek toe.

Alles lijkt in dit advies te draaien om enerzijds de opmerkelijke opvatting van de Raad over het wezen en karakter van artikel 2 van het EVRM (namelijk dat hiervan op relatief eenvoudige wijze kan worden geëxonereerd), en anderzijds de sterke nadruk die de Raad op het concept van de zelfbeschikking legt. Beide elementen liggen overigens in elkaars verlengde. De vraag is inderdaad of aan artikel 2 van het EVRM het zelfbeschikkingsrecht ten grondslag ligt. Wellicht, maar zeker niet helemaal. Eerder lijkt het bij artikel 2, omwille van het fundamentele karakter ervan, om menselijke waardigheid te gaan. Het idee van zelfbeschikking vormt daar ongetwijfeld een onderdeel van, maar valt er zeker niet noodzakelijk mee samen. Het verschil is belangrijk, want op basis van zelfbeschikking kan vrijwel alles worden gelegitimeerd, op basis van menselijke waardigheid echde vue, le Conseil d'État se réfère à une décision de la Commission européenne des droits de l'homme qui, en 1992, s'est ralliée à des considérations similaires de la Cour suprême norvégienne dans une affaire concernant la législation norvégienne sur l'avortement. Le Conseil d'État cite et confirme le point de vue adopté par la Commission précitée, qui a estimé que, « dans un domaine aussi délicat, les États contractants doivent jouir d'un certain pouvoir discrétionnaire ». Les considérations d'opportunité politique font, en effet, explicitement partie de la tâche du législateur, et le point de vue précité témoigne d'une certaine sagesse, la primauté de la politique constituant toujours un élément important de la démocratie. Si la Commission estime, comme on l'a vu plus haut, que les États doivent jouir d'un « certain pouvoir discrétionnaire », elle ne parle toutefois pas d'un pouvoir discrétionnaire illimité. En conséquence, la question à laquelle il convient de répondre est la question de savoir si ce pouvoir discrétionnaire a, en effet, été enfreint. Dans l'examen qu'il y consacre, le Conseil d'État se borne à passer en revue les conditions matérielles et formelles de l'acte euthanasique prévues dans la proposition de loi. Il examine à peine, en revanche, le contenu des conditions précitées. Le Conseil d'État procède plutôt à une simple énumération, au terme de laquelle il arrive à la conclusion que si la proposition de loi prévoit « une limitation de la protection du droit à la vie accordée jusqu'à présent par la loi, [elle] reste dans les limites imposées à la marge d'appréciation de l'autorité nationale par les articles 2 de la CEDH et 6 du PIDCP. » (point 10). Cependant, il s'agit, même là, d'un examen marginal de la question. Le Conseil d'État ne se prononce aucunement sur l'article 3 ou sur la mise en balance concrète des intérêts en cause. Dans sa conception de la question, ce n'est certes pas nécessaire, l'individu pouvant en effet renoncer sans trop de difficultés à l'application de l'article 2. De plus, la CEDH ne répond pas à cette question, celle-ci portant sur un conflit entre droits (de l'Homme), et le Conseil d'État estime, dès lors, que cette décision relève du monde politique.

Tout semble, dans cet avis, tourner autour, d'une part, de la conception singulière qu'a le Conseil de l'essence et du caractère de l'article 2 de la CEDH (à savoir qu'il peut y être dérogé assez aisément) et, d'autre part, de l'accent que met le Conseil sur la notion de l'autodétermination. Les deux éléments se situent d'ailleurs dans le prolongement l'un de l'autre. On peut en effet se demander si le droit à l'autodétermination constitue le fondement de l'article 2 de la CEDH. Sans doute, mais pas tout à fait. Il semple qu'il s'agisse plutôt, en ce qui concerne l'article 2, en raison de son caractère fondamental, de la dignité humaine. L'idée de l'autodétermination en fait certainement partie, mais n'y correspond pas nécessairement. La différence est importante, car l'autodétermination peut presque tout légitimer, la dignité humaine toutefois pas. La dignité humaine explique aussi,

ter niet. De menselijke waardigheid biedt zo bekeken ook een verklaring voor het feit waarom het in deze context eigenlijk uitdrukkelijk om een afweging van twee grondrechten gaat, zoals, zo bleek, de Raad op een bepaald moment zelf ook toegeeft. Ook kan het idee van de menselijke waardigheid verklaren waarom er van artikel 2 in principe niet door het individu kan worden geëxonereerd. Op basis van zelfbeschikking dient men inderdaad niet tot een afweging van grondrechten over te gaan, maar op basis van menselijke waardigheid uitdrukkelijk wel, juist omdat in de context van euthanasie die waardigheid alleen maar concreet kan worden gemaakt in het licht van artikel 3 van het EVRM.

Welke inzichten had een confrontatie van de artikelen 2 en 3 van het EVRM kunnen verschaffen ? Het ligt in de logica van de verhouding tussen deze artikelen dat er slechts tot euthanasie mag worden overgegaan in zeer uitzonderlijke omstandigheden (*ultimum remedium*). Recht en ethiek vloeien hier samen. Slechts in het geval van euthanasie als ultieme remedie kan aan het fundamentele karakter van artikel 2 EVRM afbreuk worden gedaan. Wanneer euthanasie met andere woorden het enige middel is dat overblijft om het ondraaglijk lijden, het onmenselijk lijden zelfs, te verzachten. Dat betekent dat slechts wanneer dit lijden niet kan worden verzacht door pijnstillers of palliatieve zorgen, maar alleen door euthanaserend handelen, het onmogelijk is de beide plichten die in het EVRM vervat liggen na te komen. Alleen dan mag de Staat ervoor kiezen euthanasie toe te laten of mogelijk te maken. Dit betekent ook dat minstens alle mogelijke middelen om het lijden te verzachten moeten worden aangeboden aan de patiënt. Maar ook heel concreet, dat de arts — dat blijkt bijvoorbeeld ook duidelijk uit de Nederlandse rechtspraak —, niet zomaar mag ingaan op een vraag om euthanasie. In de befaamde Chabot-zaak uit 1994 stelde de Nederlandse Hoge Raad in rechtsoverweging 6.3.3. het volgende : « Bij de beoordeling of sprake is van zo ondraaglijk en uitzichtloos lijden, dat daardoor het verlenen van hulp bij zelfdoding als een in noodtoestand gerechtvaardigde keuze is aan te merken, is (...) van belang, dat van zodanige uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan zijn, indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen » (cursivering toegevoegd). De Hoge Raad heeft het hier overigens duidelijk over een medisch reëel alternatief. Kort na de uitspraak in de zaak Chabot stelde de Haarlemse rechter, in navolging van de Hoge Raad, in een zaak van een man die als gevolg van drie herseninfarcten halfzijdig verlamd was en zijn blijvende invaliditeit als gevolg daarvan niet wilde en kon aanvaarden, dat er van een uitzichtloos lijden geen sprake is indien een reëel alternatief om dat lijden te verzachten door de patiënt in volle vrijheid werd afgewezen. De arts was met andere woorden te kort geschoten omdat hij zich te gemakkelijk had neergelegd bij de weigering van zijn patiënt om aan enig alternatief mee te werken. Deze conclusie is in dit geval niet onbegrijpelijk, maar ook niet onjuist.

dans cette optique, le fait qu'il s'agisse en fait explicitement, dans ce contexte, d'une mise en balance de deux droits fondamentaux, comme le Conseil l'a aussi reconnu à un moment donné. L'idée de la dignité humaine peut aussi expliquer pourquoi un individu ne peut en principe pas déroger à l'article 2. Sur la base de l'autodétermination, il n'y a en effet pas lieu de procéder à une mise en balance de droits fondamentaux, mais sur la base de la dignité humaine, cela s'impose explicitement, précisément parce que dans le contexte de l'euthanasie, cette dignité ne peut être concrétisée qu'à la lumière de l'article 3 de la CEDH.

Quels éclaircissements une confrontation des articles 2 et 3 de la CEDH aurait-elle pu apporter ? Il s'inscrit dans la logique du rapport entre ces articles que l'on ne peut pratiquer l'euthanasie que dans des circonstances très exceptionnelles (*ultimum remedium*). Le droit et l'éthique se confondent en l'occurrence. Ce n'est que dans le cas où l'euthanasie constitue un remède ultime qu'il peut être porté atteinte au caractère fondamental de l'article 2 de la CEDH, en d'autres termes, lorsque l'euthanasie est le seul moyen qui reste pour apaiser les souffrances insupportables, voire inhumaines. Cela signifie que ce n'est que lorsque cette souffrance ne peut être apaisée par des analgésiques ou des soins palliatifs mais seulement par un acte euthanasique qu'il est impossible de respecter les deux obligations prévues dans la CEDH. Ce n'est que dans ce cas que l'État peut choisir d'autoriser ou de permettre l'euthanasie. Cela signifie aussi que l'on doit au moins donner au patient tous les moyens permettant d'apaiser sa souffrance, mais aussi, très concrètement, que le médecin — cela ressort, par exemple, aussi clairement de la jurisprudence néerlandaise —, ne peut accéder à la légère à une demande d'euthanasie. Dans la fameuse affaire Chabot, qui date de 1994, la Haute Cour néerlandaise a précisé ce qui suit dans le considérant 6.3.3. : « Pour juger s'il s'agit d'une souffrance à ce point insupportable et sans issue que l'on peut considérer la fourniture d'une aide au suicide comme un choix justifié dans une situation de détresse, il importe qu'il ne puisse en principe pas s'agir d'une telle souffrance sans issue si l'intéressé a rejeté en toute liberté une alternative réelle permettant de soulager cette souffrance ». Le Conseil supérieur vise d'ailleurs, en l'occurrence, clairement une alternative médicale. Peu après la décision dans l'affaire Chabot, le juge de Haarlem a statué, à l'instar de la Haute Cour, dans une affaire concernant un homme qui était devenu hémiplégique à la suite de trois infarctus cérébraux et ne voulait ni ne pouvait accepter son invalidité permanente, qu'il ne s'agissait pas d'une souffrance sans issue si le patient avait rejeté en toute liberté une alternative réelle permettant de soulager cette souffrance. En d'autres termes, le médecin avait failli à son devoir parce qu'il s'était trop facilement incliné devant le refus de son patient de prêter son concours à la moindre alternative.

stateringen zetten het Belgische wetsontwerp toch wel in een bijzonder perspectief. Dit gaat immers wel heel sterk in op het subjectieve verlangen van de patiënt zelf. Het ondraaglijke lijden kan nagenoeg volledig door de patiënt zelf worden bepaald.

Over de symptomen wordt bijvoorbeeld niet gesproken, ook niet over de ervaring met pijn- of leedgevoelens bij andere patiënten. Bovendien is euthanasie geen *ultimum remedium* in dit wetsontwerp. Palliatieve zorg wordt er immers als een optie naast euthanasie gepresenteerd, en niet als iets dat aan euthanasie vooraf dient te gaan.

G. UITEENZETTING VAN PROFESSOR HERMAN NYS (KULEUVEN, UNIVERSITEIT MAASTRICHT)

Een medisch-rechtelijke beoordeling van het wetsontwerp betreffende de euthanasie

1. Als hoogleraar in het (internationaal) medisch recht aan de universiteiten van Leuven en Maastricht wenst de spreker het wetsontwerp te beoordelen vanuit een medisch-rechtelijke hoek, de rechtsregels die de uitoefening van de geneeskunde regelen en die de juridische relatie tussen arts en patiënt beheersen.

2. De spreker benadrukt dat het wetsontwerp niet het opzettelijk levensbeëindigend handelen regelt, maar wel de voorwaarden bepaalt waaraan de arts die dit handelen toepast, moet voldoen opdat zijn handelen geen misdrijf zou zijn. Waarom regelt het ontwerp niet het opzettelijk levensbeëindigend handelen ? Een medisch-rechtelijk antwoord op deze vraag zou kunnen zijn dat het medisch handelen alsdusdanig tot op heden — terecht — ook niet wordt geregeld. De wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG) van 10 november 1967 regelt de uitoefening van de geneeskunde, maar niet de geneeskunde zelf. De normen in verband met het medisch handelen zelf vloeien voort uit de medische deontologie, uit het medisch aansprakelijkheidsrecht en in toenemende mate uit standaarden en richtlijnen die door de beroepsgroep zelf worden opgesteld. Het standpunt dat het ontwerp terecht geen regels bevat voor het levensbeëindigend handelen door een arts is nochtans onjuist. Levensbeëindigend handelen door een arts is geen medisch handelen in de zin van de WUG. De deontologische regels in verband met het medisch handelen, de zorgvuldigheidscriteria die uit het aansprakelijkheidsrecht kunnen worden afgeleid, gelden niet zonder meer voor het levensbeëindigend handelen door een arts. Bovendien zijn er uiteraard nog geen standaarden en richtlijnen opgesteld door de beroepsgroep in verband met het levensbeëindigend handelen door een arts. Een minimale eis terzake is dat dit handelen op een zorg-

Ces constatations jettent cependant un éclairage particulier sur le projet de loi belge. Celui-ci accède en effet dans une très large mesure au désir subjectif du patient même. Le patient même peut déterminer quasi intégralement ce qu'est une souffrance insupportable.

On ne parle, par exemple, pas des symptômes, ni de l'expérience qu'ont d'autres patients de la douleur ou de la souffrance. L'euthanasie ne constitue en outre pas le remède ultime dans ce projet de loi. Les soins palliatifs sont en effet présentés comme une alternative à l'euthanasie, et non comme une étape qui doit précéder l'euthanasie.

G. EXPOSÉ DU PROFESSEUR HERMAN NYS (KULEUVEN, UNIVERSITÉ DE MAASTRICHT)

Évaluation du projet de loi relatif à l'euthanasie du point de vue du droit médical

1. En tant que professeur de droit médical (international) aux universités de Leuven et de Maastricht, l'orateur souhaite procéder à une évaluation du projet de loi du point de vue du droit médical, en considérant les règles de droit qui réglementent l'exercice de la médecine et régissent la relation juridique entre le médecin et son patient.

2. L'orateur souligne que le projet de loi ne règle pas spécialement l'arrêt actif de la vie, mais spécifie les conditions auxquelles doit répondre le médecin qui accomplit cet acte pour que celui-ci ne constitue pas un délit. Pourquoi le projet ne règle-t-il pas spécialement l'arrêt actif de la vie ? On pourrait répondre à cette question en droit de la médecine en déclarant que l'acte médical n'est pas non plus réglé en tant que tel à ce jour et à juste titre. La loi du 10 novembre 1967, relative à l'exercice des professions des soins de santé règle l'exercice de la médecine, mais pas la médecine elle-même. Les normes relatives à la pratique médicale proprement dite découlent de la déontologie médicale, du droit de la responsabilité médicale et, de plus en plus, de directives et de standards fixés par le groupe professionnel même. Il n'est cependant pas exact de dire que c'est à juste titre que le projet ne contient pas de règles relatives à l'acte d'euthanasie pratiqué par un médecin. La pratique d'un acte d'euthanasie par un médecin n'est pas un acte médical au sens de la loi relative à l'exercice de la médecine. Les règles déontologiques relatives à la pratique médicale, les critères de rigueur pouvant découler du droit de la responsabilité ne peuvent s'appliquer tels quels à l'acte d'euthanasie pratiqué par un médecin. Il est clair en outre que le groupe professionnel n'a encore établi aucun standard ni directive au sujet de la pratique de l'euthanasie par un médecin. Une exigence minimale en la matière est que cet acte soit pratiqué de

vuldige wijze dient te geschieden en die eis dient in de wet zelf te worden opgenomen. Een dergelijke bepaling is ook van belang voor het toetsen van het levensbeëindigend handelen door de controle- en evaluatiecommissie. In deel 2 van het registratiedocument dient de arts die euthanasie heeft toegepast te vermelden : de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen (artikel 7, 12°). Hoe kan de commissie dit element toetsen als de wet zelf geen enkele indicatie bevat over de wijze van toepassing van euthanasie ?

3. Opdat levensbeëindigend handelen geen misdrijf zou zijn, dient het te worden toegepast door een « arts ». Is hier bedoeld de houder van het diploma van arts of is bovendien vereist dat het diploma werd geviseerd door de provinciale geneeskundige commissie en dat de betrokkene is ingeschreven op de lijst van de orde der geneesheren ? Alvorens tot levensbeëindigend handelen over te gaan zal diezelfde arts wel allerlei medische handelingen moeten stellen in de zin van de WUG zoals het stellen van een diagnose, het informeren van de patiënt over zijn gezondheidstoestand en dergelijke meer. Omdat alle voorwaarden en procedures die het wetsontwerp voorschrijft opdat het levensbeëindigend handelen geen misdijf zou zijn, door één en dezelfde arts moeten worden nageleefd, volstaat het niet dat het om een « papieren » arts gaat. Ook het visum en de inschrijving bij de orde der geneesheren zijn noodzakelijke voorwaarden.

4. Vervolgens schetst de spreker een aantal hypothesen : Eerste hypothese : Een arts wordt geconfronteerd met het verzoek om euthanasie dat uitgaat van een handelingsbekwame patiënt die bewust is op het ogenblik van zijn verzoek en die binnen afzienbare tijd zal overlijden.

De arts kan op dit verzoek op drie verschillende manieren reageren.

4.1. De « geraadpleegde arts » ([20]) (artikel 14, vierde lid) weigert euthanasie toe te passen. Hij moet dit tijdig laten weten aan de patiënt en de redenen van zijn weigering toelichten. De spreker acht deze laatste verplichting vreemd, omdat dit kan worden geïnterpreteerd als zou de betrokkene de redenen moeten opgeven waarom hij geen misdrijf wenst te plegen. Enkel een arts die zich nadrukkelijk als « euthanasie-arts » zou afficheren, zou niet op een willekeurige manier euthanasie mogen weigeren aan een patiënt. De wetgever begaat een ernfaçon rigoureuse et cette exigence doit être inscrite dans la loi même. Une telle disposition est également importante en vue du contrôle de l'acte d'euthanasie par la commission de contrôle et d'évaluation. Dans le deuxième volet du document d'enregistrement, le médecin qui a pratiqué l'euthanasie doit indiquer la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés (article 7, 12°). Comment la commission peut-elle contrôler cet élément si la loi ne contient aucune indication quant à la manière d'effectuer l'euthanasie ?

3. Pour que l'acte euthanasique ne soit pas une infraction, il doit être accompli par un « médecin ». Vise-t-on, en l'espèce, le porteur d'un diplôme de médecine ou faut-il en outre que le diplôme soit visé par la commission médicale provinciale et que l'intéressé soit inscrit au tableau de l'ordre des médecins ? Avant d'accomplir l'acte euthanasique, le même médecin devra toutefois accomplir des actes médicaux de nature diverse au sens de la loi relative à l'exercice de la médecine, à savoir poser un diagnostic, informer le patient de son état de santé, etc. Étant donné que toutes les conditions et procédures prévues par la loi en projet pour que l'acte euthanasique ne soit pas qualifié infraction doivent être respectées par un seul et même médecin, il ne suffit pas qu'il s'agisse d'un médecin « sur papier ». Le visa autorisant l'exercice de la médecine et l'inscription à l'ordre des médecins sont des conditions nécessaires.

4. L'orateur envisage ensuite un certain nombre d'hypothèses. Premièrement : un médecin est confronté à une demande d'euthanasie émanant d'un patient en possession de toutes ses facultés, qui est conscient au moment où il formule sa demande et dont la mort est prochaine.

Le médecin peut réagir à cette demande de trois manières différentes.

4.1. Le « médecin consulté » ([20]) (article 14, alinéa 4) refuse de pratiquer l'euthanasie. Il est tenu d'en informer le patient en temps utile en précisant les raisons de son refus. L'orateur trouve étrange cette dernière obligation, car elle peut être interprétée comme si l'intéressé devait spécifier les raisons pour lesquelles il ne souhaite pas commettre un délit. Seul un médecin s'affichant ouvertement comme « médecin de l'euthanasie » ne pourrait refuser arbitrairement de pratiquer une euthanasie. Le législateur commet une erreur grave en obli-

([20]) Deze terminologie is bijzonder verwarrend omdat in artikel 3 eveneens sprake is van de geraadpleegde arts, maar dan in een heel andere hoedanigheid namelijk de arts die door de arts tot wie de patiënt zich met zijn verzoek wendt, wordt geraadpleegd.

([20]) Cette terminologie prête particulièrement à confusion parce qu'il est également question du médecin consulté à l'article 3, mais dans une tout autre qualité, à savoir le médecin qui est consulté par le médecin auquel le patient adresse sa demande.

stige vergissing door een arts te verplichten te motiveren waarom hij weigert een mogelijk strafbare handeling te verrichten.

4.2. De arts tot wie de patiënt zijn verzoek richt, weigert alsdusdanig niet om euthanasie toe te passen, maar wil conform artikel 3, § 2 « bijkomende voorwaarden aan zijn handelen verbinden ». Deze bepaling kan juridisch niet door de beugel. Het is aan de wetgever om de voorwaarden te bepalen waaronder een bepaalde handeling niet langer een misdrijf is. Volgens de spreker heeft de patient geen « recht op euthanasie », maar er mag evenmin van zijn zwakke positie misbruik worden gemaakt. Aan welke bijkomende voorwaarden heeft de wetgever gedacht ? Tijdens de bespreking in de Senaatscommissie is verwezen naar het consulteren van andere collega's of andere personen. Zo eenvoudig ligt dat niet. Het medisch beroepsgeheim is van openbare orde en zonder de minstens stilzwijgende toestemming van de patiënt kan een arts niet zomaar een collega betrekken bij de besluitvorming omtrent euthanasie.

4.3. Ten derde, de arts past euthanasie toe na de wettelijk voorziene voorwaarden en procedures te hebben nageleefd. Een van de belangrijkste voorwaarden is dat het verzoek van de patiënt op schrift moet zijn gesteld. Deze voorwaarde doet de nodige vragen rijzen. Wanneer we deze voorwaarde zo begrijpen dat er pas een verzoek is wanneer er een geschrift is, dan dient reeds bij de aanvang van de procedure een geschrift aanwezig te zijn. Het eerste wat de arts moet doen is er zich van verzekeren dat de patiënt bewust is op het ogenblik van zijn verzoek (artikel 3, § 1). En dat moet op schrift zijn gesteld (artikel 3, § 4). Niet zelden zal het dus zo zijn dat de arts bij de aanvang aan de patiënt moet vragen om het verzoek op geschrift te stellen. Indien men ervan uitgaat dat het verzoek initieel niet op geschrift moet worden gesteld maar pas op het einde van de procedure, rijst de vraag wanneer de arts moet nagaan of de patiënt bewust was van zijn verzoek ?

Dat het verzoek « herhaald » dient te zijn, zorgt voor bijkomende vragen ? Het schriftelijk verzoek geeft geen bijkomende bescherming en kan een aansporing betekenen om minder ernstig na te gaan of het verzoek aan alle kenmerken voldoet eenmaal het op geschrift is gesteld. De patiënt heeft dan eerder minder dan meer bescherming. De spreker is er voorstander van dat op verzoek van de patiënt of, indien de arts dat wenst, met akkoord van de patiënt de toestemming schriftelijk wordt vastgelegd. In dit verband wil hij ook nog verwijzen naar een belangrijk arrest van het Hof van Cassatie dat op 14 december 2001 werd geveld. Daarin oordeelde het Hof dat het aan de patiënt (of als die is overleden aan

geant un médecin à expliquer pourquoi il refuse d'accomplir un acte potentiellement délictueux.

4.2. Le médecin auquel le patient adresse sa demande ne refuse pas en soit de pratiquer l'euthanasie, mais il désire « mettre des conditions complémentaires à son intervention », comme le prévoit l'article 3, § 2. Cette disposition dépasse les bornes du point de vue juridique. C'est au législateur qu'il appartient de spécifier les conditions dans lesquelles un acte déterminé ne constitue plus un délit. Selon l'orateur, le patient n'a aucun « droit à l'euthanasie », mais on ne peut pas non plus abuser de sa position de faiblesse. À quelles conditions complémentaires le législateur a-t-il pensé ? Lors de l'examen en commission du Sénat, on a fait référence à la consultation d'autres collègues ou d'autres personnes. Cela n'est pas si simple. Le secret professionnel médical est d'ordre public et un médecin ne peut pas, sans plus, associer un collègue à la décision relative à l'euthanasie sans le consentement à tout le moins tacite du patient.

4.3. Troisièmement, le médecin procède à l'euthanasie après avoir observé les conditions et procédures prévues par la loi. L'une des conditions essentielles prévoit que la demande du patient doit avoir été formulée par écrit. Cette condition soulève des questions. Si on estime que la demande n'existe que s'il y a un écrit, il faut que cet écrit existe dès le début de la procédure. Or, le médecin qui pratique une euthanasie doit, en premier lieu, s'assurer que le patient est conscient au moment de sa demande (article 3, § 1er), cette demande devant être actée par écrit (article 3, § 4). Par conséquent, il arrivera souvent que le médecin doive commencer par demander à son patient de mettre sa demande par écrit. Si l'on considère que la demande ne doit pas être mise par écrit dans sa phase initiale, mais bien en fin de procédure, se pose la question de savoir quand le médecin devra s'assurer que son patient a formulé sa demande consciemment.

Que cette demande doive être « répétée » pose d'autres problèmes. La demande écrite n'offre aucune protection supplémentaire et peut inciter à vérifier moins sérieusement les conditions devant être remplies. Dans ce cas, cette obligation réduit au lieu d'accroître la protection offerte au patient diminue au lieu d'augmenter. L'intervenant est favorable à ce que l'accord du patient soit mis par écrit lorsque ce dernier en fait la demande, ou — si le médecin le souhaite — avec son accord. Il souhaite, à cet égard, également mentionner un arrêt important de la Cour de cassation, rendu le 14 décembre 2001, dans lequel la Cour souligne qu'il appartient au patient (ou, si celui-ci est décédé, à ses proches) de

zijn nabestaanden) is om aan te tonen dat hij niet heeft toegestemd in of heeft verzocht om een medische behandeling.

De arts moet zich er ook van verzekeren dat het verzoek « vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand gekomen als gevolg van enige externe druk » (artikel 3, § 1, tweede lid). Artikel 3, § 2, 2° voegt daar nog aan toe hij zich moet verzekeren van het « duurzaam » karakter van het verzoek. Een wet over zo'n existentieel thema als euthanasie dient heldere en afdwingbare normen te bevatten, geen vrome wensen. In de loop van de parlementaire debatten zijn er trouwens nog wel meer van die wensbepalingen die meer tot de sfeer van de deontologie dan van het recht behoren, in het ontwerp geslopen. Ze zouden er beter uit worden verwijderd.

Anderzijds ziet het ontwerp één van de belangrijkste medisch-rechtelijke voorwaarden voor een geldig verzoek over het hoofd, namelijk de voorwaarde dat het verzoek met kennis van zaken dient te gebeuren. Weliswaar voorziet het ontwerp (artikel 3, § 2, 1°) dat de arts de patiënt dient in te lichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting en over de alternatieven voor euthanasie en hun gevolgen, maar dat volstaat niet om te spreken over een verzoek om euthanasie dat met kennis van zaken is gebeurd. Waarom is wel uitdrukkelijk voorzien dat de patiënt dient te worden geïnformeerd over zijn gezondheidstoestand en niet over de wijze waarop de euthanasie desgevallend zal worden toegepast.

De arts tot wie de patiënt een verzoek heeft gericht dient een andere arts te raadplegen. Die arts dient de patiënt te onderzoeken. Een belangrijke medisch-rechtelijke vraag in dit verband is of de patiënt mag weigeren dit onderzoek te ondergaan. Als die laatste het onderzoek weigert — waartoe hij het recht heeft — dan kan de geraadpleegde arts zijn verplichting niet nakomen en komt ook de arts tot wie de patiënt zich heeft gewend in een moeilijke positie. Deze leemte in de wet kan slechts op twee manieren worden opgevangen. Ofwel wordt de patiënt wettelijk verplicht het onderzoek te ondergaan, maar dat is — gelet op de situatie waarin hij zich al bevindt — onmenselijk; ofwel staat het de patiënt vrij om dat onderzoek te weigeren en is de geraadpleegde arts ontslagen van zijn verplichting om de patiënt te onderzoeken. Die laatste oplossing verdient de voorkeur en dient uitdrukkelijk in het wetsontwerp te worden opgenomen.

Voor de toetsing achteraf is de tussenkomst van de geraadpleegde arts zeer belangrijk. In dit verband kunnen twee bedenkingen worden gemaakt. Het valt op dat de geraadpleegde arts zich niet moet uitspreken over het verzoek van de patiënt. Hij neemt wel kennis van het medisch dossier en daarin bevindt zich het verzoek. De geraadpleegde arts moet een verslag opstellen van zijn bevindingen en dat verslag maakt deel uit van het medisch dossier. De controle- en registratiecommissie

démontrer qu'il n'a pas accepté de suivre un traitement médical, ou qu'il ne l'a pas demandé.

Le médecin doit aussi s'assurer que « la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure » (article 3, § 1er, deuxième tiret). L'article 3, § 2, 2°, ajoute qu'il doit s'assurer de la « volonté réitérée » du patient. Une loi traitant d'un thème aussi existentiel que l'euthanasie doit contenir des normes claires et contraignantes plutôt que des vœux pieux. Au cours des débats parlementaires, d'autres dispositions exprimant un souhait, qui relèvent davantage de la déontologie que du droit, se sont du reste glissées dans le projet. Il serait souhaitable de les supprimer.

Par ailleurs, le projet néglige complètement une des conditions essentielles au regard du droit médical, à savoir le fait que la demande doit être formulée en toute connaissance de cause. Il est vrai que le projet de loi prévoit (article 3, § 2, 1°) que le médecin doit informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie ainsi que des solutions alternatives à l'euthanasie et de leurs conséquences, mais cela ne suffit pas pour que l'on puisse parler d'euthanasie demandée en connaissance de cause. Pourquoi est-il expressément prévu que le patient doit être informé de son état de santé et non pas de la manière dont l'euthanasie sera pratiquée.

Le médecin auquel le patient a adressé sa demande doit consulter un confrère. Celui-ci devra examiner le patient. Une question importante au regard du droit médical à cet égard est celle de savoir si le patient peut refuser de subir cet examen. S'il le fait — et qu'il en a le droit —, le médecin consulté ne peut remplir son obligation et le médecin auquel la demande a été adressée en vient à se trouver dans une situation difficile. Cette lacune de la loi ne peut être comblée que de deux manières. Ou bien on prévoit que le patient est légalement obligé de subir cet examen, ce qui, compte tenu de l'état où il se trouve, est un procédé inhumain, ou bien il est loisible au patient de refuser de subir l'examen et le médecin qu'il a consulté est délié de son obligation de l'examiner. Cette dernière solution est préférable et doit être reprise dans le projet de loi.

L'intervention du médecin consulté est très importante pour le contrôle *a posteriori*. Deux observations peuvent être formulées à cet égard. Il est étonnant que le médecin consulté ne doive pas se prononcer sur la demande du patient. Il prend toutefois connaissance du dossier médical, qui contient la demande. Le médecin consulté doit rédiger un rapport contenant ses constatations et ce rapport fera partie du dossier médical. La commission de contrôle et d'évaluation ne prendra toutefois con-

verneemt echter slechts het advies van deze geraadpleegde arts (artikel 7, 10°). Pas als zij beslist de anonimiteit te doorbreken, kan zij het verslag van de bevindingen van de geraadpleegde arts opvragen.

Indien er een verplegend team is dat in regelmatig contact staat met de patiënt dient de arts tot wie de patiënt zich met een verzoek om euthanasie heeft gewend, dit verzoek te bespreken met het team of leden van dat team. Wie oordeelt of er een regelmatig contact is met de patiënt en dus over de naleving van deze uitermate belangrijke verplichting ? In de zin van de WUG zou een dergelijke verplichting moeilijk te verantwoorden zijn. In deze contekst daarentegen is zij wel volledig verantwoord. Het valt wel te betreuren dat die verplichting kan worden omzeild door het regelmatige contact met de patiënt in twijfel te trekken.

Een vreemd lichaam in het ontwerp is artikel 15, tweede lid. Deze bepaling breidt de bepalingen van artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek uit tot de in artikel 3 bedoelde leden van het verplegend team. Artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek voorziet dat « doctoren in de geneeskunde of de heelkunde, officieren van gezondheid en apothekers, die een persoon hebben behandeld gedurende de ziekte waaraan hij is overleden, geen voordeel kunnen genieten van beschikkingen onder de levenden of bij testament die hij, in de loop van die ziekte, te hunnen behoeve mocht hebben gemaakt ». Het uitbreiden van deze bepaling tot de verpleegkundigen is een maat voor niets want aan de belangrijkste voorwaarde die artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek stelt, namelijk het hebben behandeld van de zieke gedurende de ziekte waaraan hij is overleden, kunnen zij niet voldoen. De WUG verbiedt aan verpleegkundigen om de geneeskunde uit te oefenen. Beter zou het zijn het advies van de Raad van State op dit punt alsnog te volgen en het in meerdere opzichten verouderde artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek zelf grondig en vooral doeltreffend te wijzigen.

5. Tweede hypothese : de arts wordt geconfronteerd met het verzoek om euthanasie dat uitgaat van een patiënt die handelingsbekwaam is en bewust op het ogenblik van het verzoek en die kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden.

Naast de reeds besproken voorwaarden en procedures moeten twee bijkomende voorwaarden worden vervuld.

5.1. Het raadplegen van een tweede arts die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie. De opmerking die werd gemaakt in verband met de vraag of de patiënt dat onderzoek mag weigeren is hier nog meer relevant.

naissance que de l'avis de ce médecin consulté (article 7, 10°). Ce n'est que si elle décide de lever l'anonymat qu'elle peut demander à recevoir le rapport des constatations du médecin consulté.

S'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, le médecin auquel le patient s'est adressé pour formuler une demande d'euthanasie doit s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci. Qui appréciera s'il y a un contact régulier avec le patient et se prononcera dès lors sur le respect de cette obligation extrêmement importante ? Une telle obligation serait difficilement justifiable au sens de la loi relative à l'exercice de la médecine. En l'occurrence, elle est en revanche parfaitement justifiée. Il est toutefois regrettable que cette obligation puisse être contournée en mettant en doute le caractère régulier du contact avec le patient.

Un corps étranger s'est glissé dans le projet : il s'agit de l'article 15, alinéa 2. Cette disposition étend le champ d'application de l'article 909 du Code civil aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3. Cet article 909 prévoit que « les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre-vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie ». L'extension de cette disposition aux infirmiers(ères) est inutile, puisque ceux(celles)-ci ne peuvent satisfaire à la condition essentielle imposée par l'article 909 du Code civil, à savoir avoir traité la personne pendant la maladie dont elle meurt. La loi relative à l'exercice de la médecine interdit aux infirmiers(ères) d'exercer la médecine. Il serait préférable de suivre l'avis du Conseil d'Etat sur ce point et de remanier en profondeur l'article 909 du Code civil, qui, à bien des égards, n'est plus d'actualité.

5. Deuxième hypothèse : le médecin est confronté à une demande d'euthanasie qui émane d'un patient qui est capable et conscient au moment de sa demande et qui, de toute évidence, ne va pas décéder dans un proche avenir.

En plus des conditions et des procédures déjà évoquées, deux conditions supplémentaires doivent être remplies.

5.1. Consulter un deuxième médecin qui est psychiatre ou spécialiste de l'affection en question. La remarque qui a été faite à propos de la question de savoir si le patient peut refuser cet examen est encore plus pertinente en l'espèce.

5.2. Minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijk verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie. Ook hier rijst de vraag of het verzoek van in het begin en bij iedere herhaling op geschrift moet worden gesteld. En belangrijker nog : moet het herhaald en duurzaam karakter van het verzoek gedurende die maand al dan niet nog worden beoordeeld ?

6. Derde hypothese : de arts wordt geconfronteerd met het verzoek om euthanasie dat is neergelegd in een wilsverklaring waarin om euthanasie wordt verzocht.

De Franse term « *la déclaration anticipée* » is correcter dan de Nederlandse term « wilsverklaring ».

6.1. Een eerste belangrijke opmerking heeft te maken met het derde laatste lid van artikel 4, § 1 : met een wilsverklaring kan alleen rekening worden gehouden « indien zij minder dan 5 jaar *voor het moment waarop de betrokkene zijn wil niet kan uiten*, is opgesteld of bevestigd ». Stel dat iemand op 1 januari 1995 een dergelijke wilsverklaring heeft opgesteld. Op 1 januari 2002 wordt de wilsverklaring aan een arts voorgelegd. Hoe kan deze arts weten sedert wanneer de betrokkene zijn wil niet meer kan uiten ? Dat kan sedert 1996 zijn, maar evengoed sedert 2001. In het eerste geval kan met de wilsverklaring nog wel rekening worden gehouden want er is slechts een jaar verstreken tussen het opstellen van de wilsverklaring en het moment van wilsonbekwaamheid, in het tweede geval kan er geen rekening mee worden gehouden. De cruciale vraag is : hoe kan de arts weten sedert wanneer de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten. Aan dit probleem kan gemakkelijk worden verholpen door het wetsontwerp correct te formuleren. Niet het ogenblik waarop iemand zijn wil niet meer kan uiten is doorslaggevend om de geldigheid van de wilsverklaring te bepalen, maar wel het ogenblik waarop de uitvoering van die wilsverklaring wordt gevraagd. Indien er meer dan vijf jaar zijn verstreken tussen het opstellen of bevestigen van de wilsverklaring en het ogenblik waarop de uitvoering van de wilsverklaring wordt gevraagd, kan er geen rekening meer mee worden gehouden. Dat is een objectief en gemakkelijk te controleren tijdstip.

6.2. Een andere vraag die vanuit medisch-rechtelijk oogpunt van groot belang is, is de volgende : hoe raakt de arts op de hoogte van het bestaan van een dergelijke wilsverklaring ? Artikel 4, § 1, vierde lid, bepaalt dat in de wilsverklaring een of meer meerderjarige vertrouwenspersonen kunnen worden aangewezen die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt. Er staat niet « wilsverklaring » en bovendien zal er niet altijd een vertrouwenspersoon zijn. Het laatste lid van deze paragraaf draagt de Koning op te bepalen hoe de wilsverklaring « via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld ».

5.2. Laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'application de l'euthanasie. Dans ce cas également se pose la question de savoir si la demande doit être rédigée par écrit dès le début et à chaque répétition. Et plus important encore : le caractère répété et durable de la demande doit-il ou non encore faire l'objet d'une évaluation pendant ce mois ?

6. Troisième hypothèse : le médecin est confronté à la demande d'euthanasie qui a été formulée dans une déclaration anticipée.

Le terme français « la déclaration anticipée » est plus correct que le terme néerlandais « *wilsverklaring* ».

6.1. Une première remarque importante concerne l'antépénultième alinéa de l'article 4, § 1er : une déclaration anticipée ne peut être prise en compte que « *si elle a été établie ou confirmée au moins cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté* ». Supposons qu'une personne ait établi une telle déclaration anticipée le 1er janvier 1995. Le 1er janvier 2002, la déclaration est soumise à un médecin. Comment celui-ci peut-il savoir depuis quand l'intéressé n'est plus en mesure de manifester sa volonté ? Ce peut être depuis 1996, mais ce peut tout aussi bien être depuis 2001. Dans le premier cas, on peut ecore tenir compte de la déclaration anticipée, car il ne s'est écoulé qu'un an entre l'établissement de cette déclaration et l'incapacité de manifester sa volonté; dans le second cas, on ne peut pas en tenir compte. La question fondamentale est la suivante : comment un médecin peut-il savoir depuis quand le patient est dans l'impossibilité de manifester sa volonté ? Ce problème peut être aisément résolu par une formulation correcte du texte du projet de loi. En effet, ce n'est pas le moment où l'intéressé n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté qui est déterminant pour juger de la validité de la déclaration anticipée, mais bien le moment où l'exécution de ladite déclaration est demandée. Si plus de cinq ans se sont écoulés entre l'établissement ou la confirmation de la déclaration anticipée et le moment où l'exécution de celle-ci est demandée, elle ne peut plus être prise en compte. Il s'agit d'un moment objectif et facile à contrôler.

6.2. Une autre question extrêmement importante sous l'angle du droit médical est la suivante : comment le médecin peut-il être informé de l'existence d'une telle déclaration anticipée ? L'article 4, § 1er, alinéa 4, dispose que la déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Il n'est pas dite « la déclaration anticipée » et, en outre, il n'y aura pas toujours une personne de confiance. Le dernier alinéa de ce paragraphe confère au Roi le pouvoir de déterminer les modalités relatives à la « communication de la déclaration aux médecins concernés, via les Ser-

Deze bepaling is duidelijk ingegeven door artikel 10, § 3, van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen. Daarin wordt de Koning eveneens opgedragen de toegang voor artsen tot het verzet van potentiële donoren opgenomen in het rijksregister te regelen. Aan deze bepaling werd nog steeds geen uitvoering gegeven omwille van problemen in verband met de bescherming van het privé-leven. *A fortiori* stellen zich dergelijke problemen met centrale registraties van euthanasieverklaringen. Het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer zou best worden gevraagd.

De heer Carl De Busschere van de federatie van notarissen heeft terecht de vraag opgeworpen of het opportuun zou zijn een specifiek register voor zogenaamde « levenstestamenten » in het leven te roepen. ([21]) De moeilijkheden met een centraal register van euthanasieverklaringen zijn zeker niet te onderschatten.

6.3. Krachtens artikel 4, § 2, kan ook de arts die wordt geconfronteerd met een voorafgaande wilsverklaring tot euthanasie « bijkomende voorwaarden verbinden aan zijn ingrijpen ». De kritiek die reeds ter sprake werd gebracht bij artikel 3 geldt hier nog in sterkere mate omdat de patiënt niet meer tot communicatie in staat is en dus geen goed- of afkeuring kan laten blijken van de bijkomende voorwaarden. Het inschakelen van de vertrouwenspersoon die in de wilsverklaring werd aangeduid biedt geen oplossing omdat deze persoon geen enkele juridische bevoegdheid (mandaat) heeft om op te treden namens de wilsonbewame. Bovendien zal niet iedere wilsverklaring een vertrouwenspersoon bevatten. Hier laat zich het ontbreken van een goede vertegenwoordigingsregeling voor wilsonbekwame patiënten in het Belgisch recht zeer scherp voelen. Het wetsontwerp betreffende de patiëntenrechten bevat wel een sluitende regeling. In het geval van een voorafgaande wilsverklaring moet de arts eveneens een andere arts raadplegen die op zijn beurt de patiënt dient te onderzoeken. Overeenkomstig de algemeen aanvaarde beginselen van het medisch recht kan dit onderzoek niet zonder toestemming van de onderzochte persoon gebeuren. Het is mogelijk dat die toestemming in de voorafgaande wilsverklaring werd gegeven. Is dat niet gebeurd, dan zal de geraadpleegde arts zich moeten wenden tot een bevoegde vertegenwoordiger om een plaatsvervangende toestemming (of eventueel weigering) te geven. Het wetsontwerp euthanasie voorziet echter niet in een dergelijke regeling voor plaatsvervangende toestemming. Zoals gezegd bevat het wetsontwerp op de patiëntenvices du Registre national ». Cette disposition s'inspire manifestement de l'article 10, § 3 de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes. Cet article habilite également le Roi à régler l'accès des médecins à l'opposition de donneurs potentiels actée via le registre national. Cette disposition n'a toujours pas été exécutée en raison de problèmes relatifs à la protection de la vie privée. De tels problèmes se posent *a fortiori* en ce qui concerne l'enregistrement central de déclarations en matière d'euthanasie. Il serait préférable de consulter la commission de la protection de la vie privée.

M. Carl De Busschere, de la fédération des notaires soulève à juste titre la question de l'opportunité de créer un registre spécifique pour les « testaments de vie »([21]). Il ne faut certainement pas sous-estimer les difficultés liées à un registre central des déclarations d'euthanasie.

6.3. En vertu de l'article 4, § 2, le médecin confronté à une demande d'euthanasie consignée dans une déclaration anticipée peut mettre des conditions complémentaires à son intervention. La critique formulée au sujet de l'article 3 s'applique ici avec d'autant plus de pertinence que le patient n'est plus capable de communiquer et ne peut donc plus approuver ni désapprouver ces conditions complémentaires. Le recours à une personne de confiance désignée dans la déclaration anticipée ne constitue pas une solution, dans la mesure où cette personne n'est juridiquement pas habilitée (mandat) à intervenir au nom de la personne incapable de manifester sa volonté. Par ailleurs, il se peut qu'il y ait des déclarations qui ne désignent aucune personne de confiance. C'est ici que l'on ressent très fort le problème posé par l'absence, dans le droit belge, de règles satisfaisantes en matière de représentation des patients incapables de manifester leur volonté. En revanche, le projet de loi relatif aux droits des patients contient des règles exhaustives. En cas de déclaration anticipée, le médecin doit également consulter un autre médecin qui, à son tour, examinera le patient. Conformément aux principes universellement admis du droit médical, cet examen ne peut être pratiqué sans l'accord du patient. Celui-ci peut déjà avoir donné son accord dans la déclaration anticipée. Dans le cas contraire, le médecin consulté devra demander à un représentant qualifié de donner son accord (ou éventuellement de refuser). Le projet de loi sur l'euthanasie ne prévoit toutefois pas de règle concernant cet accord « de substitution ». Par contre, comme nous l'avons signalé, le projet de loi sur les

([21]) C. De Busschere, « Het levenstestament » *Notarius*, 1998, 244.

([21]) C. De Busschere, « *Het levenstestament* » *Notarius*, 1998, 244.

rechten zo'n regeling wel en is afstemming van beide ontwerpen op mekaar gewenst.

De vertrouwenspersoon wordt klaarblijkelijk beschouwd als de vertegenwoordiger van de patiënt en meer bepaald als een door de patiënt benoemde vertegenwoordiger zoals geregeld in artikel 14 van het wetsontwerp betreffende de patiëntenrechten. Daar waar dit laatste ontwerp nauwkeurig regelt op welke wijze de vertegenwoordiger moet worden benoemd, zwijgt het ontwerp betreffende de euthanasie daar over.

Ook artikel 4 bevat de verplichting dat de arts de wilsverklaring dient te bespreken met het verplegend team dat in regelmatig contact staat met de patiënt. Eigenaardig genoeg breidt artikel 15, tweede lid het toepassingsgebied van artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek niet uit tot deze verpleegkundigen, ook al stonden ze evenzeer in contact met de onbekwame patiënt als hun collega's van artikel 3. Voor dat onderscheid is uiteraard geen enkele rechtvaardiging te bedenken en een aanpassing van het ontwerp op dit punt dringt zich dan ook op.

7. Het wetsontwerp bepaalt zowel in artikel 3, § 1, als artikel 4, § 2, dat de arts geen misdrijf pleegt indien de wettelijk bepaalde voorwaarden en procedures worden gevolgd.

Hoe zit het echter met de andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg die tussenkomen bij de uitvoering van het levensbeëindigend handelen en die daarbij mogelijk een misdrijf plegen ? Een apotheker die op medisch voorschrift middelen aflevert die worden gebruikt met het oog op het levensbeëindigend handelen bij een patiënt riskeert artikel 3, lid 3, van de wet van 24 februari 1921 te overtreden ([22]). Het ontwerp voorziet wel dat niemand, dus ook de apotheker niet, kan worden gedwongen om mee te werken aan het toepassen van euthanasie. Concreet betekent dit dat een apotheker — anders dan wat de medisch-rechtelijke regel is — in dit geval geen afleveringsplicht heeft. Deze bepaling biedt geen oplossing voor de apotheker die wel wil meewerken aan de toepassing van euthanasie. Om te vermijden dat hij op grond van de overtreding van het genoemde artikel 3, lid 3, zou worden vervolgd en gesanctioneerd dient het wetsontwerp uitdrukkelijk te bepalen dat ook de apotheker die zijn medewerking verleent aan euthanasie onder de bij wet bepaalde voorwaarden geen misdrijf begaat.

8. Een ander medisch-rechtelijk probleem betreft de vergoeding van de arts die euthanasie toepast en van

([22]) Zie voor een uitvoerigere argumentatie dat apothekers onder artikel 3, lid 3, vallen, NYS H., « Apotheker, arts en drugs. Enkele gezondheidsrechtelijke aspecten van het voorschrijven en afleveren van drugs » Panopticon, 1986, blz. 337.

droits des patients prévoit un tel régime. Or, il serait souhaitable d'harmoniser les deux projets.

La personne de confiance est manifestement considérée comme le représentant du patient et, en particulier, comme un représentant nommé par le patient, ainsi que le prévoit l'article 14 du projet de loi relatif aux droits des patients. Alors que ce dernier projet précise de quelle manière ce représentant doit être nommé, le projet relatif à l'euthanasie est muet à cet égard.

L'article 4 prévoit également que le médecin doit s'entretenir de la déclaration de volonté avec l'équipe soignante qui est en contact régulier avec le patient. L'article 15, alinéa 2, n'étend, curieusement, pas le champ d'application de l'article 909 du Code civil à ces infirmiers, même s'ils ont tout autant été en contact avec le patient incapable que leurs collègues visés à l'article 3. Il va de soi que cette distinction ne se justifie nullement et qu'il s'impose dès lors d'adapter le projet sur ce point.

7. Le projet de loi dispose, tant en son article 3, § 1er, qu'en son article 4, § 2, que le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction lorsque les conditions et procédures prévues par la loi sont observées.

Qu'en est-il toutefois en ce qui concerne les autres professionnels de la santé intervenant dans l'exécution de l'acte euthanasique, et qui, ce faisant, peuvent commettre une infraction ? Le pharmacien qui délivre, sur ordonnance, des médicaments utilisés en vue de l'accomplissement de l'acte euthanasique sur un patient risque d'enfreindre l'article 3, alinéa 3, de la loi du 24 février 1921 ([22]). Le projet prévoit certes que personne et donc pas non plus le pharmacien ne peut être tenu de participer à une euthanasie. Concrètement, cela signifie que, dans ce cas, le pharmacien n'a pas contrairement à la règle applicable en droit médical d'obligation de délivrance. Cette disposition ne règle pas le cas du pharmacien qui est disposé à participer à une euthanasie. Afin d'éviter que ce dernier soit poursuivi et sanctionné pour avoir enfreint l'article 3, alinéa 3, il y a lieu de préciser explicitement, dans le projet de loi, que le pharmacien qui participe à l'euthanasie aux conditions prévues par la loi ne commet, lui non plus, aucune infraction.

8. Un autre problème de droit médical concerne la rémunération du médecin qui pratique l'euthanasie et

([22]) Voir, pour plus de détails concernant l'application de l'article 3, alinéa 3, aux pharmaciens : NYS H., « *Apotheker, arts en drugs. Enkele gezondheidsrechtelijke aspecten van het voorschrijven en afleveren van drugs* » Panopticon, 1986, p. 337.

de artsen die in dat verband door hem worden geraadpleegd. Daarover rept het ontwerp met geen woord en dat is om moeilijkheden vragen. Overeenkomstig artikel 15 van de WUG heeft een arts recht op honoraria voor de door hem geleverde prestaties, lees medische prestaties. Omdat levensbeëindigend handelen zoals reeds herhaaldelijk gesteld geen medische prestatie is in de zin van de WUG kan worden betwijfeld of artikel 15 daarop wel van toepassing is. Om vervelende discussies achteraf tussen arts en nabestaanden te vermijden zou best in het wetsontwerp een bepaling worden opgenomen in verband met de vergoeding van een levensbeëindigende handeling. Overigens hoort bij een geïnformeerd verzoek tot euthanasie ook informatie over de vergoeding daarvan.

De artsen die worden geraadpleegd en die de patiënt onderzoeken, verrichten wel een medische prestatie in de zin van de WUG en hebben bijgevolg recht op een honorarium.

Een volgende vraag is of de ziekteverzekering de vergoeding, betaald voor het levensbeëindigend handelen, dient terug te betalen. Dezelfde vraag kan worden gesteld voor de honoraria die aan de geraadpleegde artsen worden betaald. Het antwoord op deze vragen ligt in artikel 34 van de wet geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd bij koninklijk besluit van 14 juli 1994. De geneeskundige verstrekkingen die ten laste komen van de ziekteverzekering « betreffen zowel de preventieve als de curatieve verzorging ». Verstrekkingen zonder preventief of curatief nut voor de verzekerde komen niet in aanmerking voor terugbetaling. Levensbeëindigend handelen door een arts en de medische prestaties die daaraan voorafgaan om na te gaan of de patiënt voldoet aan de wettelijk gestelde voorwaarden kunnen niet door de ziekteverzekering ten laste worden genomen. Hetzelfde geldt voor de medische onderzoeken door de geraadpleegde artsen. Wil men onaangename verrassingen voor de nabestaanden van patiënten vermijden dan dient in een wettelijke basis voor tenlasteneming door de ziekteverzekering van deze handelingen te worden voorzien voozover men van mening is dat die tenlasteneming gewenst is.

H. UITEENZETTING VAN DE HEER FERNAND KEULENEER, ADVOCAAT

Voor een zorgvuldige euthanasiewetgeving

De spreker betoogt dat het wetsontwerp inzake euthanasie *ernstige juridische gebreken* vertoont. De criteria, en de combinatie van criteria, waaronder euthanasie mogelijk zou worden, werken discriminerend en schen-

des confrères qu'il consulte à cet égard. Le projet de loi est muet à ce sujet et cette lacune ne pourra que générer des difficultés. Conformément à l'article 15 de la loi relative à l'exercice de la médecine, le médecin a droit à des honoraires en échange de ses prestations, entendez par là de ses prestations médicales. Étant donné que, comme il a déjà été fait observer à plusieurs reprises, l'acte euthanasique n'est pas une prestation médicale au sens de la loi relative à l'exercice de la médecine, il est permis de douter que l'article 15 soit applicable en l'espèce. Si l'on veut éviter que, par la suite, les honoraires ne donnent lieu à des discussions pénibles entre le médecin et les proches du patient, il serait préférable d'inscrire dans la loi une disposition relative à la rémunération de l'acte euthanasique. Au demeurant, pour que le patient soit pleinement informé lorsqu'il formule sa demande d'euthanasie, il faut également qu'il soit informé du coût afférent à l'acte.

Les médecins consultés et ceux qui examinent le patient accomplissent bel et bien une prestation médicale au sens de la loi relative à l'exercice de la médecine et ont dès lors droit à des honoraires.

Une autre question consiste à savoir si l'assurance-maladie doit rembourser la rémunération payée pour l'acte mettant activement fin à la vie. On peut poser la même question à propos des honoraires payés aux médecins consultés. La réponse à ces questions peut être trouvée à l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée par l'arrêté royal du 14 juillet 1994. Les prestations médicales qui sont mises à la charge de l'assurance-maladie « concernent tant les soins préventifs que les soins curatifs ». Les prestations sans utilité préventive ou curative pour l'assuré n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement. L'acte mettant activement fin à la vie accompli par un médecin et les prestations médicales qui le précèdent pour examiner si le patient répond aux conditions fixées par la loi ne peuvent pas être pris en charge par l'assurance-maladie. Il en va de même en ce qui concerne les examens médicaux pratiqués par les médecins consultés. Si on veut éviter des surprises désagréables aux proches des patients, il convient de prévoir une base légale pour la prise en charge de ces actes par l'assurance-maladie, dans la mesure où l'on estime ladite prise en charge souhaitable.

H. EXPOSÉ DE M. FERNAND KEULENEER, AVOCAT

Pour une législation rigoureuse sur l'euthanasie

L'intervenant fait observer que le projet de loi relatif à l'euthanasie présente de *sérieuses lacunes juridiques*. Les critères et la combinaison de critères selon lesquels l'euthanasie serait autorisée sont discriminatoires et vio-

den het gelijkheidsbeginsel, zonder dat enige objectieve en redelijke grondslag blijkt. De uitbreiding van het criterium « fysieke pijn » naar « fysiek en psychisch lijden », én de erkenning van een recht van euthanasie op patiënten die niet in staat zijn zelf hun wil te uiten in de situatie waarin ze zich bevinden, zullen bijna onvermijdelijk tot een onbedoelde en ongewenste uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet leiden. Het criterium « ernstige en ongeneeslijke aandoening » en de beschikbaarheid van euthanasie voor patiënten die kennelijk niet binnen afzienbare tijd zullen overlijden, lijken op maat te zijn geschreven van het — problematisch — criterium « psychisch lijden » en dienen daarom héroverwogen te worden, mede in het licht van « kostenbesparende » tendenzen in de gezondheidszorg. De bepalingen betreffende de vertrouwenspersoon laten de deur open voor misbruik, en palliatieve zorg enerzijds en euthanaserende handelingen anderzijds zijn onvoldoende duidelijk van elkaar onderscheiden. Ook voor instellingen dient de mogelijkheid te worden gewaarborgd niet mee te werken aan het toepassen van euthanasie.

*
* *

1. Rechtsregels vormen een systeem, en zoals in elk systeem zit er ook in het recht een eigen dynamiek, bepaald door de hiërarchie van belangrijkheid tussen de regels, de wijze waarop ze worden toegepast en geïnterpreteerd (al dan niet via rechtszaken), en de verhouding tussen de instellingen en beslissingsinstanties die in deze processen een rol spelen.

Ingrijpen in een systeem heeft een impact op de omgeving waarin het systeem functioneert (voor het recht is dat de samenleving) alsook op de werking van het systeem zelf, waarbinnen een gewijzigde dynamiek in werking wordt gezet. Dit kan tot de voorziene en geplande effecten en gevolgen leiden, maar minstens even vaak zullen onvoorziene en niet-geplande effecten optreden. Omwille van de impact van een rechtssysteem op het weefsel van de samenleving, en niet zozeer omwille van de intellectuele of esthetische bevrediging van de rechtsbeoefenaar, vergt elke belangrijke bijsturing van het recht een grote zorgvuldigheid. De mogelijke gevolgen, zowel voor de omgeving als voor het systeem zelf, dienen nauwkeurig te worden geanalyseerd. Zorgvuldigheid, ook juridische zorgvuldigheid, is essentieel.

2. Wat echt niet beantwoordt aan het zorgvuldigheidscriterium, is een argumentatie die erin bestaat (i) enkele casussen uit de realiteit buiten het recht te beschrijven, (ii) te poneren dat het recht in een bepaalde zin moet worden aangepast om voor die gevallen een wenselijk geacht resultaat teweeg te brengen, (iii) *zonder zich*

lent le principe d'égalité, sans aucune justification objective et raisonnable. La substitution du critère de « souffrance physique ou psychique » à celui de « douleur physique » et la reconnaissance du droit d'euthanasier des patients qui ne sont pas en état de manifester leur volonté induiront presque inévitablement une extension involontaire et indésirable du champ d'application de la loi. Le critère d'« affection grave et incurable » et la possibilité d'euthanasier des patients dont le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance semblent taillés sur mesure pour le critère — problématique — de « souffrance psychique » et doivent dès lors être reconsidérés, notamment par rapport aux tendances visant à faire des économies dans les soins de santé. Les dispositions concernant la personne de confiance ouvrent la porte aux abus et le projet ne fait pas suffisamment la distinction entre les soins palliatifs, d'une part, et les actes euthanasiques, d'autre part. Les institutions devraient également pouvoir refuser de participer à une euthanasie.

*
* *

1. Les règles de droit forment un système et, comme tout système, le droit possède sa propre dynamique, déterminée par la hiérarchie entre les règles, la manière dont elles sont appliquées et interprétées (par le biais ou non de procès) et le rapport entre les institutions et les organes de décision qui jouent un rôle dans ces processus.

Toute intervention dans un système a un impact sur l'environnement dans lequel fonctionne ce système (pour le droit, il s'agit de la société) ainsi que sur son fonctionnement proprement dit, dans la mesure où une dynamique modifiée est mise en œuvre dans le système. Ce mécanisme peut induire des effets et des conséquences prévues et planifiées, mais tout aussi souvent, des effets imprévus et non planifiés apparaîtront. Ce n'est dès lors pas tant par souci de satisfaction intellectuelle ou esthétique du praticien du droit qu'en raison de l'impact qu'a un système juridique sur le tissu de la société, que toute modification importante du droit requiert la plus grande rigueur. Les conséquences éventuelles, tant pour l'environnement que pour le système proprement dit, doivent être analysées en profondeur. La rigueur — et aussi la rigueur juridique — est par conséquent essentielle.

2. Est réellement contraire au critère de rigueur l'argumentation qui consiste (i) à décrire certains cas réels en dehors des limites du droit, (ii) à poser que le droit doit être modifié d'une manière déterminée afin de parvenir à un résultat jugé souhaitable pour les cas précités, (iii) *sans toutefois se demander si cette approche*

evenwel de vraag te stellen of dit binnen het rechtssysteem niet tot een dynamiek zal leiden die onvoorziene en ongewilde gevolgen teweeg zal brengen. Om misverstanden te vermijden : er is niets mis op zichzelf met stappen (i) en (ii), maar er moet alleszins vanuit (iii) worden « teruggekoppeld ».

3. Wat voor mechanismen zijn er aan het werk in een rechtsdynamiek ?

Er bestaat in het recht, *grosso modo*, een tendens om gelijkaardige situaties gelijk en niet-gelijkaardige situaties ongelijk te behandelen. Welke gevallen als (niet) gelijkaardig moeten worden beschouwd en wat (on)gelijke behandeling betekent, is heel dikwijls een kwestie van open interpretatie en rechtsstrijd, beslecht voor de gerechtelijke instanties. Als euthanasie in bepaalde omstandigheden wordt gelegaliseerd, zal er een tendens ontstaan om andere omstandigheden, die « enigszins anders zijn », toch als « gelijkaardig » voor te stellen.

Ook uit adagia en beginselen zoals *« qui peut le plus, peut le moins* », worden rechtsgevolgen afgeleid. Wie het recht, de bevoegdheid of de vrijheid heeft om het meerdere te doen, mag ook het mindere. De advocaat die dit beginsel op plausibele wijze kan toepassen, zal zijn slag thuishalen.

Krachtiger nog zijn evenwel, onder meer, de volgende mechanismen.

Voorrang van « hogergeplaatste » normen. Rechtsnormen zijn gehiërarchiseerd. Europees en internationaal recht hebben voorrang op nationaal recht. De grondwet heeft voorrang op andere interne wetgeving. Een individuele aanspraak die afgeleid is uit het Europese of internationale recht heeft voorrang op de Grondwet of de gewone wet. Een aanspraak afgeleid uit de Grondwet heeft, in geval van conflict, voorrang op een gewone wet.

Nieuwe fundamentele rechten. Door de creatie van nieuwe fundamentele rechten (« mensenrechten » of « grondrechten »), hetzij in internationaal- of Europeesrechtelijke documenten hetzij in de nationale Grondwet, én door de uitbreiding van de omvang van bestaande rechten, wordt het alsmaar eenvoudiger om een hele reeks aanspraken of verzuchtingen (of politieke objectieven) als « fundamentele rechten » te doen doorgaan, en ze bijgevolg tegelijkertijd bovenaan in de hiërarchie van de normen te plaatsen, met voorrang op alle andere.

Zo is het (grond)recht « niet gediscrimineerd te worden », dat op steeds meer plaatsen in het rechtssysteem opduikt en bij voorkeur zo vaag en uitgebreid mogelijk wordt verwoord, een open uitnodiging om er talrijke aanspraken uit af te leiden, zeker in combinatie met het gelijkheidsbeginsel.

n'entraînera pas, au sein du système juridique, la mise en place d'une dynamique qui aura des conséquences imprévisibles et non désirées. Afin que les choses soient claires : les étapes (i) et (ii) sont acceptables, mais il y a lieu de les réexaminer en fonction du (iii).

3. Quels sont les mécanismes mis en œuvre dans la dynamique du droit ?

D'une manière générale, le droit est enclin à traiter les situations similaires d'une manière similaire et les situations non-similaires d'une manière non-similaire. Très souvent, la qualification des cas (similaires ou non) et la qualification de leur traitement (similaire ou non) sont des questions qui font l'objet d'une interprétation ouverte et de controverses juridiques, lesquelles sont tranchées devant les instances judiciaires. Si l'euthanasie est légalisée dans certains cas, on peut s'attendre à ce que se développe une tendance à présenter « d'une manière similaire » des situations « légèrement différentes ».

Certaines conséquences juridiques sont également tirées d'adages et de principes tels que « *qui peut le plus peut le moins* ». Qui a le droit, la compétence ou la liberté de « faire le plus » peut aussi « faire le moins ». Et l'avocat qui sera en mesure d'appliquer ce principe d'une manière plausible l'emportera.

Plus puissants encore sont cependant notamment les mécanismes suivants.

Primauté des normes « supérieures ». Les normes juridiques sont hiérarchisées. Les droits européen et international priment le droit national. La Constitution prime les autres législations internes. Un droit individuel qui est dérivé du droit européen ou international a préséance sur la Constitution ou la loi ordinaire. Un droit dérivé de la Constitution a, en cas de conflit, préséance sur une loi ordinaire.

Nouveaux droits fondamentaux. Du fait de la création de nouveaux droits fondamentaux (« droits de l'homme » ou « droits fondamentaux »), soit dans des documents de droits international ou européen, soit dans la Constitution nationale, et du fait de l'extension des droits existants, il est de plus en plus simple de faire passer toute une série de prétentions ou d'aspirations (ou encore d'objectifs politiques) pour des « droits fondamentaux » et de les placer ainsi du même coup en haut de la hiérarchie des normes, où elles priment toutes les autres normes.

C'est ainsi que le droit fondamental de ne pas subir de discrimination, qui apparaît de plus en plus fréquemment dans le système juridique et est de préférence formulé de la manière la plus vague et la plus large possible, constitue une invitation ouverte à en inférer de nombreux droits individuels, à plus forte raison si ce droit fondamental est combiné avec le principe d'égalité.

De spreker wenst nader in te gaan op een bijzondere wetgeving die in de maak is. Bij de Kamer is thans het door de Senaat goedgekeurde wetsvoorstel ter bestrijding van discriminatie in behandeling. Daarin wordt directe discriminatie gedefinieerd als een *verschil in behandeling* dat *niet objectief en redelijkerwijze wordt gerechtvaardigd* en rechtstreeks gebaseerd is op, onder meer, *huidige of toekomstige gezondheidstoestand, handicap of fysieke eigenschap*. Van indirecte discriminatie is sprake wanneer een *ogenschijnlijk neutrale bepaling, maatstaf of handelwijze* een *schadelijke weerslag* heeft op personen op wie van de hiervoor genoemde discriminatiegronden van toepassing is, tenzij, opnieuw, die bepaling, maatstaf of handelwijze *objectief en redelijkerwijze* wordt gerechtvaardigd.

Directe of indirecte discriminatie worden, onder andere, verboden bij het leveren van goederen en diensten aan het publiek. Diensten geleverd door artsen en andere zorgverleners komen dus in aanmerking. Het laten afhangen van het recht op euthanasie van de huidige of toekomstige gezondheidstoestand, van handicap of fysieke eigenschap is bijgevolg slechts mogelijk indien er objectieve en redelijke criteria worden gehanteerd.

De heer Keuleneer betwijfelt of hieraan in het huidige ontwerp wordt voldaan.

Ook omdat rechtsvervolgingen op basis van dit voorstel kunnen worden ingesteld door, onder andere, alle verenigingen die zich in hun statuten tot doel hebben gesteld de mensenrechten te verdedigen of discriminatie te bestrijden en sinds minstens vijf jaar rechtspersoonlijkheid hebben, en dus aan de controle van het openbaar ministerie ontsnappen, dient de wetgever een bijzondere zorgvuldigheid aan de dag te leggen om elk onderscheid dat hij inbouwt te toetsen aan de vereisten van objectiviteit en redelijkheid.

Door het « grondrechtelijk » karakter van het verbod op discriminatie, verder geconcretiseerd in bijzondere wetgeving, lijdt het bovendien weinig twijfel dat bepalingen uit de anti-discriminatiewetgeving in geval van conflict voorrang zouden hebben op de euthanasiewetgeving.

Met al deze factoren moet rekening worden gehouden bij het opstellen van een zo belangrijke wetgeving als een euthanasiewetgeving.

Een euthanasiewetgeving moet af zijn en doordacht. Ze moet zo opgesteld zijn dat het onmogelijk is om via indirecte mechanismen, zoals het beroep op een funda-

L'orateur souhaite se pencher sur une législation spéciale en préparation. La Chambre examine actuellement le projet de loi, transmis par le Sénat, tendant à lutter contre la discrimination. Dans ce projet, la discrimination directe est définie comme *une distinction de traitement qui manque de justification objective et raisonnable et* est *directement fondée*, entre autres, *sur l'état de santé actuel ou futur, un handicap ou une caractéristique physique*. Il est question d'une discrimination indirecte *lorsqu'une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre a un résultat dommageable pour des personnes auxquelles s'applique l'un des motifs de discrimination* précités*, à moins*, une nouvelle fois, *que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne repose sur une justification objective et raisonnable*.

La discrimination directe ou indirecte est notamment interdite pour la fourniture de biens et de services à la disposition du public. Les services fournis par les médecins et autres prestataires de soins sont donc visés. Il n'est par conséquent possible de subordonner le droit à l'euthanasie à l'état de santé actuel ou futur, à un handicap ou à une caractéristique physique que si des critères objectifs et raisonnables sont appliqués.

M. Keuleneer doute qu'il soit répondu à ces critères dans le projet de loi à l'examen.

Étant donné aussi que, sur la base du projet de loi susmentionné, des poursuites peuvent être intentées par toutes les associations qui se proposent par leurs statuts de défendre les droits de l'homme ou de combattre la discrimination et qui jouissent de la personnalité juridique depuis au moins cinq ans à la date des faits, échappant donc au contrôle du ministère public, le législateur doit faire preuve d'une extrême rigueur lorsqu'il examine si chaque distinction introduite satisfait aux critères d'objectivité et de raison.

En raison du caractère « de droit fondamental » de la non-discrimination, concrétisé par ailleurs dans une législation spécifique, il semble en outre ne faire guère de doute qu'en cas de conflit, les normes de la législation anti-discrimination l'emporteront sur la législation relative à l'euthanasie.

Il faut tenir compte de tous ces facteurs lors de l'élaboration d'une législation aussi importante que celle relative à l'euthanasie.

Une loi relative à l'euthanasie doit être complète et mûrement réfléchie. Elle doit être rédigée de manière qu'il soit impossible, par le biais de mécanismes indi-

menteel recht of het verbod van discriminatie, precies dat te bereiken wat de wetgever niet gewild heeft ! ([23])

4. *Discriminatie en gelijkheidsbeginsel.* Vanuit dit zorgvuldigheidsstandpunt vertoont het thans voorliggende ontwerp een aantal ernstige gebreken. De criteria, en de combinatie van criteria, waaronder euthanasie mogelijk is, zijn discriminerend en schenden het gelijkheidsbeginsel, en dit zonder dat enige objectieve en redelijke grondslag blijkt.

Discriminatie en schending van het gelijkheidsbeginsel ten opzichte van personen die aanhoudend en ondraaglijk lijden zonder ziekte of ongeval. Voor euthanasie op handelingsbekwame en bewuste patiënten wordt vereist dat de patiënt zich « in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan worden gelenigd, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. « Ongeval of ziekte » is dus een van de basisvoorwaarden.

Dit roept geen bijzondere problemen op in combinatie met het criterium *fysieke pijn*. Bij ondraaglijke fysieke pijn is er inderdaad steeds sprake van een voorafgaande ziekte of een voorafgaand ongeval. De vereiste « ziekte

([23]) In zijn advies stelt de Raad van State : « De tweede, meer fundamentele overweging houdt verband met de noodzaak voor de wetgever om rekening te houden met de grondwettelijke beginselen van gelijkheid en non-discriminatie ». De Raad past deze beginselen toe op de problematiek van de medische begeleiding bij zelfdoding en stelde, in nauwelijks verholen bewoordingen, dat door de werking van de grondwettelijke (en verdragsrechtelijke) beginselen van gelijkheid en niet-discriminatie, ook hulp bij zelfdoding zou gelegaliseerd worden, hoewel de voorgestelde wet die niet vermeldt : « Het is (daarentegen) goed denkbaar dat de begeleiding van zelfdoding verloopt met naleving van de voorwaarden die in het voorstel worden bepaald, of van soortgelijke voorwaarden. In dat geval bestaat er bijna geen verschil, wat de aard zelf betreft van het bedoelde gedrag en van de bedoelingen van de persoon die bijstand verleent aan een persoon met neigingen tot zelfdoding, tussen euthanasie in de zin van artikel 2 van het wetsvoorstel en medische begeleiding van zelfdoding. Het is dan ook niet duidelijk waarom de voorgestelde wet geen betrekking heeft op het gedrag van de arts die dodelijke substanties ter beschikking stelt van een patiënt, op diens verzoek (…). Het enige objectieve verschil tussen beide situaties bestaat erin dat de handeling die rechtstreeks tot de dood leidt al dan niet door de arts wordt gesteld. Deze overweging lijkt evenwel op zich geen verantwoording in te houden voor het feit dat geen regeling wordt getroffen voor de begeleiding van zelfdoding (…). ». Dit is niet zomaar een vrijblijvende opinie van de Raad van State; dit is integendeel een duidelijk signaal aan hoven en rechtbanken om de grondwettelijke en verdragsrechtelijke principes van gelijkheid en niet-discriminatie op dit wet geworden voorstel toe te passen, en zodoende op eigen initiatief zijn toepassingsgebied uit te breiden. « Het komt de wetgever toe, hetzij om ook dat aspect van de stervensbegeleiding te regelen, hetzij, in elk geval, om zich te kunnen beroepen op objectieve en juridisch aanvaardbare motieven, in het licht van de beginselen van gelijkheid en non-discriminatie, waarvoor dat onderscheid wordt gemaakt (…). » (n[r] 18).

rects tels que le fait d'invoquer un droit fondamental ou la non-discrimination, d'arriver précisément au résultat que le législateur n'avait pas voulu ! ([23])

4. *Discrimination et principe d'égalité*. Du point de vue de cette rigueur, le projet à l'examen présente de graves lacunes. Les critères et la combinaison de critères permettant de recourir à l'euthanasie sont discriminatoires et violent le principe d'égalité, sans qu'aucun fondement objectif et raisonnable le justifie.

Discrimination et violation du principe d'égalité à l'égard de personnes qui font état d'une souffrance constante et insupportable en l'absence d'affection accidentelle ou pathologique. Pour pouvoir pratiquer l'euthanasie sur des patients capables et conscients, il faut que le patient « se trouve dans une situation médicale sans issue et (fasse) 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 ». L'« affection accidentelle ou pathologique » est donc une des conditions de base.

Cela ne soulève aucun problème particulier en combinaison avec le critère de « souffrance physique ». En cas de souffrance physique insupportable, il est en effet toujours question d'une affection pathologique préala-

([23]) Dans son avis, le Conseil d'État fait observer que « La seconde considération, plus fondamentale, tient à la nécessité, pour le législateur, de respecter les principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination. ». Le Conseil applique ces principes à la problématique de l'accompagnement médical au suicide et estime, en des termes à peine voilés, que de par l'action des principes d'égalité et de non-discrimination, l'assistance médicale au suicide serait légalisée bien que la loi proposée ne le prévoie pas : « Il est admissible que, lorsque le suicide est commis en dehors de tout contexte médical et que l'assistance du médecin n'est pas assurée dans les mêmes conditions que celles de la loi proposée — ou dans des conditions équivalentes eu égard aux objectifs poursuivis. Dans ce cas, il n'y a guère de différence, quant à la nature même du comportement visé et des intentions de la personne assistant une personne suicidaire, entre l'euthanasie au sens de l'article 2 de la proposition de loi et l'assistance médicale au suicide. On comprend dès lors mal pourquoi la loi proposée ne vise pas le comportement du médecin qui met des substances létales à la disposition d'un patient à la demande de ce dernier (…). La seule différence objective entre ces deux situations consiste en ce que l'acte conduisant directement à la mort est posé ou non par le médecin. Cette considération ne semble toutefois pas justifier, à elle seule, le fait de ne pas régler l'assistance au suicide (…). ». Il ne s'agit pas, en l'espèce, d'une opinion sans engagement du Conseil d'État; c'est au contraire un signal clair adressé aux cours et tribunaux pour qu'ils appliquent les principes d'égalité et de non-discrimination consacrés par la Constitution et les actes internationaux à la loi issue de la proposition à l'examen et d'étendre ainsi son champ d'application. La seule différence objective entre ces deux situations consiste en ce que l'acte conduisant directement à la mort est posé ou non par le médecin. Cette considération ne semble toutefois pas justifier, à elle seule, le fait de ne pas régler l'assistance au suicide.

of ongeval » leidt niet tot een verschillende behandeling onder patiënten die allen fysieke pijn moeten doorstaan; aan ieder van hen wordt dus eenzelfde recht toegekend, aangezien hun pijn steeds een gevolg is van ziekte of ongeval. Zij kunnen om euthanasie verzoeken en tot euthanasie beslissen.

De Senaat heeft echter gemeend dat ondraaglijk *lijden* ook mogelijk is zonder fysieke pijn. Zulk een ondraaglijk lijden hoeft geenszins het gevolg te zijn van ziekte of ongeval, tenzij men « ziekte » zo zou interpreteren dat het begrip geen betekenis meer heeft (zie verder). Personen die behoren tot eenzelfde categorie zouden dus verschillend worden behandeld. Immers, zij die ondraaglijk lijden ten gevolge van ziekte of ongeval « krijgen een uitweg », andere patiënten niet. Wat kan de « objectieve en redelijke » rechtvaardiging zijn van een dergelijk onderscheid ? De kans is zeer reëel dat het als willekeurig zal worden beschouwd en een rechtzaak niet overleeft. Dit zou ertoe leiden dat eenieder die ondraaglijk lijdt, of beweert ondraaglijk te lijden, het recht op euthanasie kan opeisen en afdwingen, zonder dat de wetgever dit gewild heeft.

Of zal de evolutie erin bestaan dat door eenieder een beroep zal worden gedaan op de bijzonder ruime definitie van « gezondheid » zoals die wordt gehanteerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en meer en meer in allerhande internationaalrechtelijke documenten wordt verankerd : *« Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity ».* Kan, krachtens deze definitie niet zo goed als elk « ondraaglijk lijden » tot een medische situatie worden herleid, wat opnieuw niet in overeenstemming zou zijn met de bedoeling van de wetgever ? De grens tussen lijden en levensmoeheid is dun ([24]), ook deze tussen ziekte en levensmoeheid, zoals wordt aangetoond door het vonnis van de rechtbank te Haarlem in de zaak Brongersma (oktober 2000).

De uitbreiding van het criterium « fysieke pijn » met « psychisch lijden » creëert bijgevolg, in combinatie met de vereiste aanwezigheid van ziekte of ongeval, een problematische discriminatie, die niet in stand te houden is en bijgevolg zal leiden tot een toepassing van de wet die niet in overeenstemming te brengen is met de aangegeven doelstellingen en beperkingen.

Discriminatie en schending van het gelijkheidsbeginsel ten opzichte van patiënten die niet buiten bewustzijn zijn, wél lijden, maar niet voldoen aan het criterium « aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden ». Een

([24]) De Volkskrant, 1 november 2000.

ble ou d'une affection accidentelle préalable. Cette « affection pathologique ou accidentelle » n'entraîne pas une différence de traitement entre les patients qui ne font état que d'une souffrance physique; chacun d'eux bénéficie d'un droit identique, dès lors que leur souffrance résulte toujours d'une affection pathologique ou accidentelle. Ils peuvent demander une euthanasie et décider de recourir à l'euthanasie.

Le Sénat a toutefois estimé que la *souffrance* insupportable est aussi possible en l'absence de tout mal physique. Une telle souffrance insupportable ne doit nullement être la conséquence de la maladie ou d'un accident, à moins que l'on n'interprète la notion de « maladie » de telle sorte qu'elle n'ait plus de sens (voir *infra*). Les personnes relevant d'une même catégorie seraient donc traitées différemment. En effet, une « solution est proposée » à ceux qui endurent une souffrance insupportable par suite d'une maladie ou d'un accident, et pas aux autres patients. Quelle peut être la justification « objective et raisonnable » d'une telle distinction ? Elle risque très probablement d'être considérée comme arbitraire et de ne pas survivre à une procédure judiciaire. Cela aurait pour conséquence que quiconque endure des souffrances insupportables ou prétend endurer des souffrances insupportables peut revendiquer le droit à l'euthanasie et exiger qu'il soit mis en œuvre, sans que le législateur ait voulu qu'il en soit ainsi.

Ou les choses évolueront-elles de telle sorte que tout le monde invoquera la définition très extensive de la « santé » telle qu'elle est utilisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ancrée de plus en plus souvent dans divers textes internationaux : « *Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* ». Quasi toute « souffrance insupportable » ne peut-elle être ramenée, en vertu de cette définition, à une situation médicale, ce qui ne correspondrait à nouveau pas à l'intention du législateur ? La limite entre souffrance et dégoût de la vie est ténue ([24]), aussi celle entre maladie et dégoût de la vie, tel que le prouve le jugement rendu par le tribunal de Haarlem dans l'affaire Brongersma (octobre 2000).

L'extension du critère de la « souffrance physique » à la « souffrance psychique » crée dès lors, en combinaison avec la condition requise de la maladie ou de l'accident, une discrimination problématique injustifiable qui aura pour conséquence que la loi sera appliquée d'une manière incompatible avec les objectifs et les restrictions qui ont été déclarés.

Discrimination et violation du principe d'égalité à l'égard des patients conscients et souffrants auxquels ne s'applique pas le critère de la « souffrance physique ou psychique constante et insupportable ». Le médecin

([24]) *De Volkskrant*, 1er novembre 2000.

arts kan euthanasie toepassen op een patiënt buiten bewustzijn die daartoe in een wilsverklaring de wens heeft uitgedrukt, indien de arts er zich van vergewist heeft dat (i) de patiënt lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, (ii) hij niet meer bij bewustzijn is, en (iii) deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is. Het criterium « aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden » wordt hier dus *niet* gesteld.

Als een patiënt die buiten bewustzijn is, maar niet fysiek (noch zelfs psychisch) lijdt, aanspraak kan maken op euthanasie, waarom dan niet de patiënt die wél lijdt, maar niet buiten bewustzijn is ? Is « bewustzijn » een geldig criterium voor een dergelijk verstrekkend onderscheid tussen categorieën van patiënten ? Wat is het beslissend element om euthanasie (iets anders dan een stopzetting van behandeling) toe te staan wanneer de patiënt bewusteloos is, en niet wanneer hij bij bewustzijn is ? Is het de vrees die de patiënt kan hebben voor een handicap (lichamelijk of mentaal) bij ontwaken uit coma ? Als dit een voldoende basis voor euthanasie is, waarom dan niet de vrees voor een handicap als gevolg van een andere aandoening, die thans niet tot euthanasie kan leiden ?

Rechtsgevolgen. Door toepassing van het principe van niet-discriminatie en van het gelijkheidsbeginsel, bestaat een zéér grote kans dat ook personen die niet door ziekte of ongeval getroffen zijn, of die niet aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden een juridisch afdwingbare aanspraak op euthanasie zullen kunnen formuleren.

De mogelijke rechtsgronden daartoe zijn talrijk. Zowel het internationaal recht als de Grondwet bevatten bepalingen tot waarborg van gelijkheid en niet-discriminatie, uitdrukkelijk zelfs met betrekking tot het recht op geneeskundige bijstand. Bovendien staat, zoals hiervoor besproken, een anti-discriminatiewetgeving in de steigers.

De toepassing van deze logica leidt tot een zodanige uitbreiding van het recht op euthanasie dat wat uiteindelijk overblijft een subjectief recht op zelfdoding is, wat niet geacht wordt de bedoeling te zijn.

Daarom moet het ontwerp betreffende euthanasie grondig worden aangepast. Zoals hierboven aangetoond leiden de uitbreiding van het criterium « fysieke pijn » naar « fysiek en psychisch lijden », én de erkenning van het recht van euthanasie op patiënten die niet in staat zijn zelf hun wil te uiten in de situatie waarin ze zich bevinden, tot een onbedoelde en ongewenste uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet. Bovendien rijst het « probleem » dat euthanasie die disproportioneel veel zou voorkomen in bepaalde bevolkingsgroepen (mindervaliden, vierde wereld) als indirecte discrimina-

peut pratiquer l'euthanasie d'un patient inconscient qui en a exprimé le souhait dans une déclaration de volonté après s'être assuré que (i) le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, (ii) qu'il est inconscient, et (iii) que cette situation est irréversible selon l'état de la science. Le critère de la « souffrance physique ou psychique constante et insupportable » n'apparaît *pas* ici.

Si le patient inconscient qui ne souffre pas physiquement (ni même psychiquement) peut bénéficier d'une euthanasie, pourquoi le patient souffrant et conscient ne le pourrait-il pas ? L'état de « conscience » est-il un critère valable pour une distinction aussi importante entre les catégories de patients ? Quel est l'élément décisif qui permet d'accorder l'euthanasie (qui est autre chose que la fin d'un traitement) lorsque le patient est inconscient, et non lorsqu'il est conscient ? Est-ce la crainte que le patient peut avoir d'être handicapé (physiquement ou mentalement) à son réveil du coma ? Si cette condition est suffisante pour pratiquer une euthanasie, pourquoi ne pas admettre la crainte d'être handicapé en conséquence d'une autre affection qui, aujourd'hui, ne peut donner lieu à une euthanasie ?

Effets juridiques. La combinaison du principe de non-discrimination et du principe d'égalité engendre un risque très important que des personnes qui ne sont affectées par aucune maladie ou n'ont subi aucun accident ou qui n'endurent pas une souffrance physique ou psychique constante et insupportable, puissent formuler une demande d'euthanasie dont l'exécution pourra être exigée par voie de droit.

Les fondements juridiques sur lesquels peut s'appuyer une telle demande sont nombreux tant le droit international que la Constitution contiennent des dispositions visant à garantir l'égalité et la non-discrimination et même des dispositions formelles concernant le droit à l'assistance médicale. En outre, ainsi que cela a été dit précédemment, une législation visant à lutter contre la discrimination est en gestation.

L'application de cette logique entraîne une extension telle du droit à l'euthanasie que ce qui subsiste en fin de compte est un droit subjectif au suicide, ce qui n'est pas censé être l'objectif poursuivi.

C'est pourquoi le projet relatif à l'euthanasie doit être remanié fondamentalement. Ainsi qu'il a été montré ci-devant, l'extension du critère « souffrance physique » à la « souffrance physique et psychique » et la reconnaissance du droit de pratiquer l'euthanasie sur des patients qui, dans la situation dans laquelle ils se trouvent, ne sont pas à même de manifester eux-mêmes leur volonté aboutissent à une extension non voulue et non souhaitable du champ d'application de la loi. Il y a en outre le problème que l'euthanasie qui serait pratiquée avec une fréquence disproportionnée parmi certaines

tie zou kunnen gelden. Wat voor een boodschap zou daarvan uitgaan ?

5. *Euthanasie buiten stervensfase*. Krachtens het ontwerp wordt euthanasie mogelijk indien de door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening ernstig en ongeneeslijk is. Ze hoeft bijgevolg niet dodelijk (« terminaal ») te zijn. Bovendien wordt het recht op euthanasie ook toegekend aan patiënten die kennelijk niet binnen afzienbare tijd zullen overlijden. Deze criteria lijken op maat te zijn geschreven van het reeds besproken — problematisch — criterium « psychisch lijden ». Is, hoogst uitzonderlijke omstandigheden eventueel niet te na gesproken, een situatie denkbaar van aanhoudend en ondraaglijk *fysiek* lijden dat niet kan worden gelenigd, die het gevolg zou zijn van een aandoening die *niet* van dodelijke aard is en *niet* binnen afzienbare tijd het overlijden zou veroorzaken ? Bijgevolg dient ook over dit aspect opnieuw te worden nagedacht indien, om de hiervoor aangehaalde redenen, « psychisch lijden » als criterium zou worden weggelaten ([25]).

6. *Wilsverklaring en vertrouwenspersoon*. Ook andere waarborgen die nodig zijn opdat de toepassing van de wet niet ruimer zou worden dan bedoeld, ontbreken.

Wie buitenlandse voorbeelden inzake de reglementering van wilsverklaringen onderzoekt, merkt dat er talrijke vragen nauwkeurig worden afgewogen.

Mag een zorgverlener, zorginstelling of zorgverzekeraar van het bestaan van een voorafgaande wilsverklaring, al dan niet met de toelating tot levensbeëindiging, een voorwaarde maken voor behandeling of opname ? Mogen een zorgverlener, -instelling of -verzekeraar gunstigere financiële voorwaarden aanbieden aan patiënten of verzekerden met voorafgaande wilsverklaring ? Behoort dit al dan niet tot de autonomie en de keuzevrijheid van de patiënt/verzekerde ? Noteer hierbij dat de gezondheidssector snel evolueert naar het opheffen van de contracteerverplichting ([26]); de juridische verplichting om zorg te verlenen en de omvang van die

([25]) Zie ook verder, n[r] 10.

([26]) De Nederlandse regering heeft de Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg gevraagd welke gevolgen het Europees Gemeenschapsrecht, de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie en andere Europese ontwikkelingen hebben voor het zorgstelsel. De besluiten luiden onder meer als volgt : « Het Nederlandse systeem van ziektekostenverzekering, dat wordt gekenmerkt door een mengeling van publieke en private verzekering, is kwetsbaar onder de toenemende invloed van Europa op het terrein van mededinging en het vrij verkeer van diensten (…). Ook de regels omtrent toelating van zorgverleningsinstellingen en de daaraan gekoppelde contracteerplicht van ziekenfondsen en zorgkantoren staan op gespannen voet met de Europese regels inzake het vrij verkeer van diensten ». (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Persbericht Europa en de gezondheidszorg, www.rvz.net).

catégories de la population (moins-valides, quart-monde) pourrait constituer une discrimination indirecte. Quel serait le message qui émanerait d'une telle situation ?

5. *Euthanasie de patients non terminaux.* Le projet permet de pratiquer l'euthanasie si l'affection résultant d'une maladie ou d'un accident est grave et incurable. Elle ne doit donc pas être mortelle (« terminale »). De plus, les patients dont le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance peuvent aussi prétendre à l'euthanasie. Ces critères semblent avoir été taillés sur mesure afin de prendre en compte celui de la « souffrance psychique », déjà examiné par ailleurs et problématique s'il en est. À condition d'exclure éventuellement des circonstances des plus exceptionnelles, est-il imaginable qu'une personne puisse endurer une souffrance *physique* constante insupportable et inapaisable qui résulterait d'une affection *non* mortelle et n'entraînant pas la mort à brève échéance ? Par conséquent, il est nécessaire de réfléchir à nouveau à cet aspect également, si, pour les raisons exposées auparavant, le critère de « la souffrance psychique » devait être abandonné ([25]).

6. *Déclaration anticipée et personne de confiance.* D'autres garanties, également nécessaires afin que le champ d'application de la loi ne soit pas plus large que prévu, font défaut.

Quiconque examine les exemples étrangers de réglementation en matière de déclaration anticipée observe que de nombreuses questions sont rigoureusement soupesées.

Les prestataires de soins, les établissements de soins ou les assureurs couvrant les soins de santé peuvent-ils subordonner une admission ou un traitement à l'existence d'une déclaration anticipée de la part d'un patient, qu'elle comporte ou non l'autorisation de mettre fin à ses jours ? Peuvent-ils octroyer des conditions financières plus avantageuses aux patients ou assurés ayant fait une déclaration anticipée ? L'établissement d'une telle déclaration ne relève-t-il pas de l'autonomie et du libre choix du patient/de l'assuré ? On observera à cet égard que le secteur des soins de santé tend à supprimer l'obligation de contracter ([26]). L'obligation juridique de dispen-

([25]) Cf. aussi *Infra*, n° 10.

([26]) Le gouvernement néerlandais a interrogé le « *Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg* » sur les conséquences que le droit communautaire européen, la jurisprudence de la Cour européenne de justice et d'autres réglementations européennes ont sur le régime des soins de santé. Voici certaines de ses conclusions : « L'influence croissante de l'Europe en matière de concurrence et de libre circulation des services fragilise le régime néerlandais des assurances de soins de santé, caractérisé par une combinaison d'assurances privées et publiques (…). Les règles en matière d'agrément des établissements de soins et l'obligation de contracter imposée aux mutualités et aux bureaux de soins de santé qui y est liée sont, elles aussi difficilement conciliables avec les règles européennes en matière de libre circulation des services ». (*Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Persbericht Europa en de gezondheidszorg*, www.rvz.net).

zorg worden afhankelijk gemaakt van de inhoud van privaatrechtelijke overeenkomsten (tussen verzekerde en verzekeraar, tussen verzekeraar en zorginstelling). Naar aanleiding van de vraag van de verzekeringsmaatschappijen dat er minstens een jaar zou moeten verlopen tussen het aangaan van een levensverzekering en de levensbeëindiging door euthanasie, verklaarde Senator Vanlerberghe dat dit een zaak is tussen de contractspartijen, en dat in een levensverzekeringspolis euthanasie dan maar als uitsluitingsgrond moet worden opgenomen. De « privatisering » van de behandeling van euthanasie in een verzekeringscontext schept een interessant precedent.

Wie mag trouwens optreden als vertrouwenspersoon ? Mag een vertrouwenspersoon banden hebben (en welke ?) met de zorginstelling of de zorgverzekering ? Krachtens het wetsontwerp kunnen enkel de behandelende arts, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team niet als vertrouwenspersoon optreden. En indien men zou overwegen restrictievere bepalingen op te nemen, mag dan een vertegenwoordiger van een obscure vereniging optreden ? Of de geestelijke begeleider of consulent van de instelling ?

De spreker verwijst hier onder meer, louter als voorbeeld, naar bepalingen in de tekst van *S.B. Nr 414 - Recodification Of Natural Death Act, Durable Power of Attorney For Health Care Statute*, een wetsontwerp in de staat Texas, dat trouwens in juni 1997 als te « los » werd beschouwd ([27]).

ser des soins et l'étendue de ceux-ci sont fonction du contenu de conventions de droit privé (entre l'assuré et l'assureur, entre l'assureur et l'établissement de soins). À la suite de la demande des compagnies d'assurances de prévoir un délai minimum d'un an entre la conclusion d'une assurance vie et un acte euthanasique, le sénateur Vanlerberghe a déclaré que les parties contractantes devaient s'entendre à ce sujet et qu'il leur suffisait de faire figurer l'euthanasie parmi les motifs d'exclusion dans les contrats d'assurance-vie. La « privatisation » du traitement de l'euthanasie dans un contexte d'assurance crée un précédent intéressant.

Qui peut d'ailleurs agir comme personne de confiance ? Une personne de confiance peut-elle entretenir des liens (et lesquels ?) avec l'établissement de soins ou l'assurance soins de santé ? En vertu du projet de loi, seuls le médecin traitant, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas intervenir en tant que personne de confiance. Et si l'on envisage de prendre des dispositions plus restrictives, un représentant d'une association obscure peut-il dans ce cas intervenir ? Ou le guide spirituel ou le conseiller de l'établissement ?

L'intervenant renvoie notamment, en guise d'exemple, aux dispositions du texte du *S.B. N° 414 - Recodification Of Natural Death Act, Durable Power of Attorney For Health Care Statute*, un projet de loi de l'État du Texas, qui a d'ailleurs été considéré en juin 1997 comme trop « superficiel » ([27]).

([27]) *EFFECT OF DIRECTIVE ON INSURANCE POLICY AND PREMIUMS*. (a) *The fact that a person has executed or issued a directive under this subchapter does not :*

(1) restrict, inhibit, or impair in any manner the sale, procurement, or issuance of a life insurance policy to that person; or

(2) modify the terms of an existing life insurance policy.

(b) Notwithstanding the terms of any life insurance policy, the fact that life-sustaining procedures are withheld or withdrawn from an insured qualified patient under this subchapter, does not legally impair or invalidate that person's life insurance policy.

(c) A physician, health facility, health provider, insurer, or health care service plan may not require a person to execute or issue a directive as a condition for obtaining insurance for health care services or receiving health care services.

(d) The fact that a person has executed or issued or failed to execute or issue a directive under this subchapter may not be considered in any way in establishing insurance premiums.

DISCRIMINATION RELATING TO EXECUTION OF DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE. A health or residential care provider, health care service plan, insurer issuing disability insurance, self-insured employee benefit plan, or nonprofit hospital service plan may not :

(1) charge a person a different rate solely because the person has executed a durable power of attorney for health care;

(2) require a person to execute a durable power of attorney for health care before :

(A) admitting the person to a hospital, nursing home, or residential care home;

(B) insuring the person; or

(C) allowing the person to receive health or residential care; or

(3) refuse health or residential care to a person solely because the person has executed a durable power of attorney for health care.

([27]) *EFFECT OF DIRECTIVE ON INSURANCE POLICY AND PREMIUMS*. (a) *The fact that a person has executed or issued a directive under this subchapter does not :*

(1) restrict, inhibit, or impair in any manner the sale, procurement, or issuance of a life insurance policy to that person; or

(2) modify the terms of an existing life insurance policy.

(b) Notwithstanding the terms of any life insurance policy, the fact that life-sustaining procedures are withheld or withdrawn from an insured qualified patient under this subchapter, does not legally impair or invalidate that person's life insurance policy.

(c) A physician, health facility, health provider, insurer, or health care service plan may not require a person to execute or issue a directive as a condition for obtaining insurance for health care services or receiving health care services.

(d) The fact that a person has executed or issued or failed to execute or issue a directive under this subchapter may not be considered in any way in establishing insurance premiums.

DISCRIMINATION RELATING TO EXECUTION OF DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE. A health or residential care provider, health care service plan, insurer issuing disability insurance, self-insured employee benefit plan, or nonprofit hospital service plan may not :

(1) charge a person a different rate solely because the person has executed a durable power of attorney for health care;

(2) require a person to execute a durable power of attorney for health care before :

(A) admitting the person to a hospital, nursing home, or residential care home;

(B) insuring the person; or

(C) allowing the person to receive health or residential care; or

(3) refuse health or residential care to a person solely because the person has executed a durable power of attorney for health care.

7. *Subjectief recht op zelfdoding*. Het gaat niet op om, onder het mom van een wettelijke regeling van euthanasie, het individuele recht op zelfdoding (en/of hulp bij zelfdoding), in louter subjectief bepaalde omstandigheden, te erkennen. Het mag niet de bedoeling zijn om via het wettelijk mogelijk maken van euthanasie in welbepaalde gevallen, op verdoken wijze een algemeen zelfbeschikkingsrecht in te voeren. Een wet die aan dit criterium beantwoordt, moet zo worden geconcipieerd en geschreven dat een algemeen zelfbeschikkingsrecht er ook niet het (al dan niet bedoelde) gevolg van is.

De erkenning van het subjectief recht op zelfdoding zou een ander debat vergen. Als de maatschappij het recht op euthanasie aanvaardt als onderdeel van het zelfbeschikkingsrecht van de individuele persoon, waarom zou ze dan — onder meer — niet aanvaarden dat een verzekeringspolis de clausule mag bevatten dat de premie wordt verminderd op voorwaarde dat de verzekerde een derde aanduidt, gekozen uit een lijst voorgesteld door de verzekeringsmaatschappij, die vanaf een zekere leeftijd of bij een bepaald ziektepatroon mag beslissen welke zorg nog wordt verstrekt en gefinancierd ? De spreker denkt dat vrijwel eenieder ermee zal instemmen dat de maatschappij hier zijn zeg moet hebben, en dat een aantal soortgelijke individuele keuzes niet toelaatbaar zijn. Een absoluut zelfbeschikkingsrecht bestaat dus niet.

8. *Palliatieve zorg*. De omschrijving van palliatieve zorg in het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg is bijzonder weinig precies. De Raad van State adviseert hierover (n^{r} 15) : « De continue en palliatieve zorg wordt derhalve voortaan uitdrukkelijk als een medische handeling beschouwd. Bijgevolg kunnen zulke handelingen strafrechtelijk niet worden verweten aan de artsen, zelfs wanneer ze tot de dood van hun patiënten hebben geleid, behalve indien het openbaar ministerie zou kunnen bewijzen dat ze misbruik hebben gemaakt van de wettelijke toestemming om continue en palliatieve zorg te verstrekken. (…) Gelet op de onzekerheid die op deze kwalificatie rust, moet er (…) naar worden gestreefd palliatieve en continue zorg enerzijds en euthanaserende handelingen anderzijds beter van elkaar te onderscheiden. ». Een onvoldoende duidelijk onderscheid tussen euthanasie en palliatieve zorg kan ertoe leiden dat hetzij (i) onder de dekmantel van palliatieve zorg een verdoken euthanasiepraktijk ontstaat, ofwel (ii) palliatieve zorgverleners op onverantwoorde wijze geremd worden bepaalde handelingen te verrichten, uit vrees van onwettige euthanasie te worden beschuldigd. Beide zijn funest. Palliatieve zorg mag nooit een dekmantel voor intentionele levensbeëindiging zijn; wie kiest voor palliatieve zorg moet erop kunnen vertrouwen dat niets zal worden ondernomen met de intentie van levensbeëindiging. Anderzijds moeten ook de zorgverleners in vertrouwen kunnen werken. Het verdient bijgevolg aanbeve-

7. *Droit subjectif au suicide*. Il est inadmissible de reconnaître, sous le couvert d'une réglementation légale en matière d'euthanasie, le droit individuel au suicide (et/ou à l'aide au suicide) dans des circonstances purement subjectives. Il ne peut être question d'introduire, par le biais de la légalisation de l'euthanasie dans des cas déterminés, un droit général à l'autodétermination. Une loi qui répond à ce critère doit être conçue et libellée de telle manière qu'elle ne puisse conduire (intentionnellement ou non) à un droit général à l'autodétermination.

La reconnaissance d'un droit subjectif au suicide devrait faire l'objet d'un autre débat. Si la société accepte le droit à l'euthanasie en tant qu'élément du droit à l'autodétermination de l'individu, pourquoi n'accepterait-elle pas — entre autres — qu'une police d'assurances contienne une clause stipulant que la prime serait réduite pour autant que l'assuré désigne un tiers, choisi sur une liste proposée par la compagnie d'assurances, qui pourrait, à partir d'un certain âge ou dans le cas d'une maladie déterminée, décider quels soins seraient encore prodigués et financés ? L'intervenant estime que la plupart des gens reconnaîtront que la société doit avoir voix au chapitre en la matière et qu'un certain nombre de choix individuels de cette nature sont inadmissibles. Il n'existe pas de droit absolu à l'autodétermination.

8. *Soins palliatifs.* La définition des soins palliatifs donnée dans le projet de loi relatif aux soins palliatifs est particulièrement peu précise. Dans son avis, le Conseil d'État a observé à ce sujet (point 15) que : « Les soins continus et palliatifs sont dès lors qualifiés désormais explicitement d'actes médicaux. En conséquence, de pareils actes ne peuvent être pénalement reprochés aux médecins, même s'ils ont mis fin à la vie de leurs patients, sauf dans l'hypothèse où le ministère public pourrait prouver qu'ils ont abusé de l'autorisation légale de dispenser des soins continus et palliatifs. […] Vu l'incertitude pesant sur cette qualification, la précision qui sera apportée à la notion de soins palliatifs et continus […] devra dès lors avoir pour objectif de mieux distinguer les soins palliatifs et continus des actes euthanasiques. ». Si l'euthanasie et les soins palliatifs ne sont pas distingués d'une manière suffisamment nette, (i) une forme d'euthanasie déguisée risque de se mettre en place sous le couvert des soins palliatifs, ou (ii) les prestataires de soins palliatifs risquent d'être empêchés, d'une manière injustifiée, d'effectuer certains actes, de crainte d'être accusés d'avoir commis une euthanasie illégale. Ces deux situations seraient déplorables. Les soins palliatifs ne peuvent jamais couvrir un acte visant à donner la mort intentionnellement; et le patient qui choisit de bénéficier de soins palliatifs doit pouvoir avoir la garantie que rien ne sera entrepris afin de mettre fin à sa vie intentionnellement. De plus, les prestataires de soins

ling om, naast een betere omschrijving van het onderscheid, eveneens de nodige bepalingen op te nemen om ook in de praktische werking te verzekeren dat de nodige scheiding tussen beide wordt aangebracht, en dat euthanasie niet het logische verlengstuk van palliatieve zorg kan zijn.

Hoe belangrijk de uitbouw van palliatieve zorg ook is, het mag in geen geval een « kostenbesparende maatregel » worden. Een patiënt mag niet naar de palliatieve zorg worden verwezen omdat een alternatieve (curatieve) behandeling te duur zou zijn. Om die reden kunnen bedenkingen worden geformuleerd bij de verheffing van « palliatieve zorg » tot een « basisrecht ».

9. *Tendenzen in de gezondheidszorg*. Tijdens de bespreking van het wetsontwerp in de Senaat werd niet veel tijd besteed aan tendenzen die zich overal in de westerse wereld in de sector van de gezondheidszorg voordoen.

Vrijwel overal evolueert men naar vormen van krap toegemeten globale budgetten, enveloppen en forfaitair vastgestelde toelagen, niet noodzakelijk of uitsluitend bepaald door de behoeften van de zorg. Onderhandelingen tussen financiers en zorgverleners worden harder, en er treedt een ontwikkeling op in de richting van een systeem van *« managed care »* waarbij de financier van de zorg mede bepaalt tot welke zorgverleners de verzekerden zich kunnen richten en over welke budgetten deze zorgverleners kunnen beschikken ([28]). Marc Justaert, voorzitter van de Christelijke Mutualiteiten, ziet alvast een evolutie in die richting ([29]). Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverleners, -instellingen en verzekeraars om binnen het budget te blijven. Wie daarin slaagt, wordt op diverse wijzen financieel beloond.

Grote omzichtigheid is geboden om te vermijden dat een onzorgvuldige euthanasiewetgeving perverse systeemeffecten zou inbouwen. Er moet worden vermeden dat zorgverleners en -instellingen, al dan niet onder druk van zorgfinanciers, onvoldoende zouden investeren in gespecialiseerde behandelingen, waardoor de

([28]) In een verder doorgedreven vorm kan zulks leiden tot een situatie waarbij ook voor specifieke behandelingen van individuele patiënten eerst de toelating van de financier nodig is. Zie meer hierover in : *Vacco v./ Quill, U.S. Supreme Court, October Term 1996, Brief Amicus Curiae of the International Anti-Euthanasia Task Force in Support of Petitioners*, http://www.iaetf.org/scot1.htm.

([29]) Trends, 17 januari 2002.

doivent aussi pouvoir travailler dans un climat de confiance. Dès lors, il est recommandé — abstraction faite d'une meilleure définition de la distinction précitée — d'également prévoir les dispositions nécessaires pour que la distinction qui s'impose entre ces deux notions soit aussi assurée dans la pratique, et pour que l'euthanasie ne puisse pas constituer la suite logique des soins palliatifs.

Quelle que soit l'importance du développement des soins palliatifs, il ne peut s'agir — en aucun cas — d'une approche permettant de « faire des économies ». Il est exclu de faire prodiguer au patient des soins palliatifs au motif qu'un autre traitement (curatif) serait trop onéreux. Que les « soins palliatifs » soient élevés au rang de « droit fondamental » est, dès lors, de nature à soulever des objections.

9. *Tendances dans le secteur des soins de santé*. Au cours de l'examen du projet de loi au Sénat, on n'a pas consacré beaucoup de temps aux tendances qui se manifestent partout dans le monde occidental dans le secteur des soins de santé.

On évolue presque partout vers des budgets globaux très ajustés, des enveloppes budgétaires et des subsides forfaitaires qui ne sont pas nécessairement ni exclusivement fixés en fonction des besoins en matière de soins. Les négociations entre les financiers et les dispensateurs de soins deviennent plus âpres et l'on évolue vers un système de « *managed care* », dans lequel l'organisme qui finance les soins ont également leur mot à dire dans le choix du dispensateur de soins et fixent le budget dont ces derniers peuvent disposer ([28]). Marc Justaert, président des Mutualités chrétiennes estime que l'on évolue déjà dans ce sens ([29]). La responsabilité qui incombe aux dispensateurs de soins, aux établissements de soins et aux assureurs est de rester dans les limites du budget. Celui qui réussit à la faire est récompensé de diverses manières sur le plan financier.

La plus grande prudence est de mise afin d'éviter que le manque de rigueur d'une loi relative à l'euthanasie ne génère un système d'effets pervers. Il faut éviter due les dispensateurs et les établissements de soins, sous la pression ou non des organismes qui financent les soins de santé, n'investissent pas suffisamment dans les trai-

([28]) Si l'on va plus loin dans ce sens, on en arrive à une situation dans laquelle, pour pouvoir administrer des traitements spécifiques à administrer à des patients, il faut d'abord obtenir l'accord de l'organisme financier. Pour de plus amples informations à cet égard, voir *Vacco v./ Quill, U.S. Supreme Court, October Term 1996, Brief Amicus Curiae of the International Anti-Euthanasia Task Force in Support of Petitioners*, http://www.iaetf.org/scot1.htm.

([29]) Trends, 17 janvier 2002.

vraag naar euthanasie « spontaan » zou toenemen ([30]). Men zou op die wijze dure behandelingen vermijden, en budgettair goed scoren.

10. *Kostenbesparingsscenario of therapeutische verbetenheid* ? Indien de mogelijkheid van euthanasie niet wordt beperkt tot terminaal zieken, in de stervensfase, is het risico groot dat dit « kostenbesparingsscenario » werkelijkheid wordt, zeker voor patiënten op leeftijd, die dan in elke fase van hun ziekte worden geconfronteerd met twijfel, en de expliciete of impliciete druk tot levensbeëindiging, hetzij vanuit eigen overwegingen, hetzij vanuit de omgeving, de zorginstelling (met een mogelijk tekort aan bedden en personeel) of de financiers van de gezondheidszorg. De weigering om nog technologisch hoogstaande zorg te verlenen kan/zal op termijn trouwens een veel groter probleem stellen dan de zogenaamde « therapeutische verbetenheid ». Dit alles geldt *a fortiori* nog meer wanneer zelfs het criterium « terminaal zieke » en « stervensfase » worden weggelaten, zoals thans in het ontwerp. In die omstandigheden de juridische bescherming van het leven verzwakken, is een gewaagde optie.

11. *Verplichting voor de zorginstelling* ? Het lijkt van fundamenteel belang, ook in het licht van dit risico, dat minstens de mogelijkheid om *niet* tot euthanasie over te gaan, gewaarborgd blijft. Artsen, noch andere personen, kunnen worden gedwongen euthanasie toe te passen, of mee te werken aan het *toepassen* van euthanasie. Echter, dit beantwoordt nog altijd niet de vraag of *instellingen* nu al dan niet gehouden zijn om de *verstrekking* van euthanasie in hun « verzorgingspakket » op te nemen. De mogelijkheid om dit niet te doen, zou moeten worden veiliggesteld. Verder mag levensbeëindigend handelen niet uitgroeien tot een « medische specialisatie ». Er mag geen wettelijke ruimte komen voor centra die euthanasie als hoofdactiviteit zouden ontwikkelen. Elke publiciteit die dit zou aanmoedigen zou moeten worden verboden.

12. *Besluit*. In haar rapport *« When Death is Sought — Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context »* (1994) kwam de New York *State Task Force on Life and the Law* onder meer tot de volgende conclusie ([31]) : *« The members of the Task Force hold different*

([30]) In de woorden van Walter Dellinger, *acting solicitor general* van de USA, tijdens een uiteenzetting tegen hulp bij zelfdoding voor het U.S. Hooggerechtshof in 1997: « *The least costly treatment for any illness is lethal medication* ». Zie ook : Rita L. Marker, *Assisted suicide and cost containment,* http://www.iaetf.org/ascc.htm.

([31]) http://www.health.state.ny.us/nysdoh/consumer/patient/preface.htm.

zie ook : professor Yale Kasimir, *Against assisted suicide — even a very limited form*, http://www.house.gov/judiciary/2172.htm.

tements spécialisés si bien que les demandes d'euthanasie n'augmentent « spontanément » ([30]). On éviterait ainsi d'administrer des traitements coûteux et on obtiendrait de bons résultats sur le plan budgétaire.

10. *Scénario de réduction des coûts ou acharnement thérapeutique ?* Si l'euthanasie n'est pas limitée aux malades en phase terminale, à l'agonie, ce « scénario de réduction des coûts » risque fort de devenir réalité, surtout pour les patients âgés qui sont, à chaque phase de leur maladie, confrontés au doute et à une pression explicite ou implicite qui les pousse à mettre fin à leur vie, pression qui peut émaner de l'entourage, de l'établissement de soins (qui peut être en proie à un manque de lits et de personnel) ou de ceux qui financent les soins de santé. Le refus d'encore dispenser des soins de qualité sur le plan technologique peut poser/posera du reste, à terme, un problème bien plus sérieux que l'acharnement thérapeutique. Cette remarque vaut d'autant plus que les critères « malade en phase terminale » et « agonie » ne figurent même pas dans le projet. Dans ces conditions, il est risqué de réduire la protection juridique de la vie.

11. *Obligation pour l'établissement de soins ?* Il semble dès lors qu'il est primordial, y compris au regard de ce risque, de garantir au moins la possibilité de *ne pas* pratiquer l'euthanasie. Aucun médecin ni aucune autre personne n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou de participer à une euthanasie. Cette disposition ne répond toujours pas à la question de savoir si les institutions sont ou non tenues d'inclure l'euthanasie dans leur « paquet de soins ». Il faudrait garantir la possibilité de refuser. Par ailleurs, les actes visant à mettre fin à la vie ne peuvent devenir une « spécialité médicale ». Il ne faut pas laisser se développer un cadre légal pour des centres qui pratiqueraient l'euthanasie en tant qu'activité principale. Il faudrait interdire toute publicité en ce sens.

12. *Conclusion* Dans son rapport « *When Death is Sought — Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context* » (1994), la *New York State Task Force on Life and the Law* est arrivée notamment à la conclusion suivante ([31]) : « *The members of the Task Force*

([30]) Ce sont les termes utilisés par Walter Dellinger, *acting solicitor general* des USA, au cours d'un exposé contre l'assistance médicale au suicide devant la Cour suprême des États-Unis en 1997 : « *The least costly treatment for any illness is lethal medication* ». Voir également : Rita L. Marker, *Assisted suicide and cost containment,* http://www.iaetf.org/ascc.htm.

([31]) http://www.health.state.ny.us/nysdoh/consumer/patient/preface.htm.

voir également : professeur Yale Kasimir, *Against assisted suicide — even a very limited form*, http://www.house.gov/judiciary/2172.htm.

views about the ethical acceptability of assisted suicide and euthanasia. Despite these differences, the Task Force members unanimously recommend that existing law should not be changed to permit these practices (…) Some Task Force members do not believe that assisted suicide is inherently unethical or incompatible with medical practice. On the contrary, they believe that providing a quick, less prolonged death for some patients can respect the autonomy of patients and demonstrate care and commitment on the part of physicians or other health care professionals. Nonetheless, these members have concluded that legalizing assisted suicide would be unwise and dangerous public policy. ».

Hoewel de leden van de Kamer misschien tot een ander besluit zullen komen, mag erop worden vertrouwd dat, vanuit eenzelfde bekommernis, de aanpassingen gebeuren die nodig zijn om te voorkomen dat de wetgeving tot onbedoelde en moeilijk te corrigeren gevolgen zou leiden.

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LEDEN

De heer J. Arens (PSC) zegt dat werd opgemerkt dat de wilsverklaring een probleem kan zijn omdat ze schriftelijk wordt opgesteld. Doch wanneer hij als burgemeester een duidelijke stellingname wil van burgers in zijn gemeente, vraagt hij dat zij hun vraag op papier zetten. Op de tien vragen is er dan maar één die effectief wordt gesteld. Geldt hetzelfde voor euthanasie ?

Dokter Desmedt vraagt zich af in welke mate dergelijke wilsverklaring volledig vrij kan zijn en in welke mate men er zeker van kan zijn dat de persoon volledig in staat was dergelijke verklaring op schrift te stellen. Het is moeilijk in te schatten hoe een persoon reageert wanneer hij ziek is. Ze haalt aan dat ze heeft kunnen vaststellen dat zelfs indien men de persoon goed kent het heel moeilijk is zijn wil volledig conform te interpreteren. Ze besluit dat de wilsverklaring zijn belang heeft, maar dat men er toch geen absolute waarde aan mag geven.

De heer J. Vandeurzen (CD&V) vraagt in welke mate het niet beter zou zijn eerst het ontwerp van patiëntenwet aan te nemen en dan pas een wet te maken over euthanasie. In het patiëntenrecht worden immers reeds een aantal concepten, zoals wilsuiting, vertrouwenspersoon en zelfbeschikking, gedefinieerd. Er zijn banden tussen de twee wetsontwerpen en men moet er rekening mee houden dat euthanasie geen medisch handelen is.

Professor Nys beaamt dat het op zich logisch zou zijn om eerst de patiëntenrechten te regelen, omdat dan een aantal vragen van het euthanasiedebat al zouden zijn

hold different views about the ethical acceptability of assisted suicide and euthanasia. Despite these differences, the Task Force members unanimously recommend that existing law should not be changed to permit these practices (…) Some Task Force members do not believe that assisted suicide is inherently unethical or incompatible with medical practice. On the contrary, they believe that providing a quick, less prolonged death for some patients can respect the autonomy of patients and demonstrate care and commitment on the part of physicians or other health care professionals. Nonetheless, these members have concluded that legalizing assisted suicide would be unwise and dangerous public policy. ».

Même s'ils arriveront peut-être à une autre conclusion, on peut être sûr que les membres de la Chambre, partageant un même souci, apporteront les modifications qui s'imposent pour éviter que la législation ne produise des effets non désirés et difficiles à corriger.

I. QUESTIONS ET INTERVENTIONS DES MEMBRES

M. J. Arens (PSC) souligne que l'on a fait remarquer que la déclaration anticipée pouvait poser problème parce qu'elle est établie par écrit. Mais lorsqu'en tant que bourgmestre, il souhaite obtenir un point de vue clair de la part de citoyens de sa commune, il leur demande de formuler leur question par écrit. Dans ce cas, sur dix questions, il n'y en a qu'une qui est effectivement posée. En va-t-il de même pour l'euthanasie ?

Le docteur Desmedt se demande dans quelle mesure une telle déclaration anticipée peut être tout à fait libre et dans quelle mesure on peut être certain que la personne était tout à fait en état d'établir la déclaration par écrit. Il est difficile d'évaluer comment une personne réagit lorsqu'elle est malade. L'oratrice a en effet pu constater que même si l'on connaît bien la personne, il est très difficile d'interpréter sa volonté de manière tout à fait conforme. Elle conclut que la déclaration anticipée a son importance, mais qu'il ne faut pas pour autant lui conférer une valeur absolue.

M. J. Vandeurzen (CD&V) demande dans quelle mesure il ne serait pas préférable d'adopter d'abord le projet de loi sur les droits du patient avant de rédiger une loi relative à l'euthanasie. Ce projet définit en effet déjà une série de notions, comme celles de l'expression de la volonté, de la personne de confiance et de l'autodétermination. Il y a un lien entre les deux projets de loi et il faut tenir compte du fait que l'euthanasie n'est pas un acte médical.

Le professeur Nys abonde dans ce sens en déclarant qu'il serait logique de régler tout d'abord la question des droits des patients, parce que cela résoudrait déjà

opgelost, zoals bijvoorbeeld wie bevoegd is om plaatsvervangend toe te stemmen in het medisch onderzoek door de geconsulteerde arts. De rol en bevoegdheid van de vertrouwenspersoon zoals opgenomen in het wetsontwerp euthanasie zijn niet zeer duidelijk. Men stelt soms dat euthanasie tweede of derde generatie patiëntenrechten betreft, dus zou het wel beter zijn eerst de basisrechten te definiëren. Het is echter wel mogelijk om eerst euthanasie te regelen, het gaat eerder om een politieke en opportuniteitskeuze. Het enige probleem is dat het euthanasiedebat dan nog wat moeilijker is.

Mevrouw J. Herzet (MR) merkt op dat de beslissingen over het al dan niet ingaan op een vraag naar euthanasie moeten worden genomen over en in moeilijke situaties. Zou het niet gemakkelijker zijn als de patiënt bepaalt wat hij niet zou willen, in de zin dat hij duidelijk maakt tot welk lijden hij niet bereid is. Kan men niet stellen dat een persoon op het ogenblik dat hij zijn wilsverklaring opstelt nog volledig bewust is en duidelijk kan definiëren welke graad van lijden hij niet bereid is te ondergaan.

Vooraleer kan worden overgegaan tot euthanasie wordt er veel overleg gepleegd. Druist dit niet in tegen de principes van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het gaat om een zeer persoonlijke beslissing van de patiënt en door de raadplegingen zijn er vele personen op de hoogte van de door de patiënt genomen beslissing.

Dokter Desmedt haalt aan dat de patiënt vaak een noodoproep doet, omdat hij niet langer vrij kan spreken ten gevolge van de druk die hij ondergaat van buitenuit. Uiteindelijk wil hij enkel duidelijk maken dat hij niet meer op een bepaalde manier wil leven. Hij komt dan in een spiraal terecht waarin hij iets vraagt wat hij eigenlijk niet wilde. Deze situatie moet worden onderscheiden van de situatie waarin de patiënt in alle vrijheid vraagt om te sterven.

De grenzen van wat een patiënt kan aanvaarden evolueren. Dit gebeurt niet voor iedereen op dezelfde manier. Er kan niet op een absolute manier worden bepaald tot wanneer een persoon nog volledig vrij kan beslissen en wanneer dat niet meer gaat.

Professor Nys wijst erop dat men een onderscheid moet maken. Enerzijds is er het vertrouwelijk karakter van de wilsverklaring — die soms geruime tijd van tevoren kan worden opgesteld — van een patiënt om tot euthanasie over te gaan. In deze fase moet een absolute bescherming van de privacy bestaan.

Anderzijds is er de vraag tot het effectief overgaan tot euthanasie. Dat is geen medisch handelen, maar het gaat eigenlijk intrinsiek om een misdrijf waarop controle

un certain nombre de problèmes qui se posent dans le cadre du débat, comme par exemple la question de savoir qui est compétent pour autoriser à titre subrogatoire le médecin consulté à pratiquer l'examen médical. Le rôle et la compétence de la personne de confiance tels qu'ils sont définis dans le projet de loi relatif à l'euthanasie ne sont pas très clairs. On entend parfois déclarer que l'euthanasie concerne les droits des patients de la deuxième ou de la troisième génération, donc qu'il vaudrait mieux commencer par définir les droits fondamentaux des patients. Il est toutefois possible de régler tout d'abord la question de l'euthanasie; il s'agit plutôt d'un choix de politique et d'opportunité. Le seul problème réside dans le fait que le débat relatif à l'euthanasie s'en trouverait encore davantage compliqué.

Mme J. Herzet (MR) souligne que les décisions quant à la question de savoir s'il faut répondre positivement ou non à une demande d'euthanasie doivent être prises à propos de et dans des situations difficiles. Ne serait-il pas plus commode que le patient détermine ce qu'il ne veut pas, c'est-à-dire qu'il indique clairement quel degré de souffrance il n'est pas disposé à accepter. Ne pourrait-on pas déclarer qu'une personne est encore pleinement consciente lorsqu'elle fait sa déclaration anticipée et qu'elle peut définir clairement quel degré de souffrance elle n'est pas disposée à subir.

Avant de pouvoir procéder à une euthanasie, on se concerte abondamment. Cela ne va-t-il pas à l'encontre des principes de protection de la vie privée. Il s'agit d'une décision extrêmement personnelle du patient, décision qui vient ainsi aux oreilles d'un grand nombre de personnes en raison de ces concertations.

Le docteur Desmedt précise que le patient lance souvent un cri d'alarme, du fait qu'il ne pourra plus parler longtemps en toute liberté en raison de la pression qu'il subit de l'extérieur. En définitive, il veut uniquement faire comprendre qu'il ne souhaite plus vivre d'une certaine manière. Il se retrouve ainsi pris dans une spirale qui l'amène à demander quelque chose qu'il ne voulait pas réellement. Cette situation doit être distinguée de celle où le patient demande en toute liberté à mourir.

Les limites de ce qu'un patient peut accepter évoluent. Cela ne se passe pas de la même manière pour chacun. On ne peut déterminer de manière absolue jusqu'à quel moment une personne peut encore décider en toute liberté et à quel moment elle ne le peut plus.

Le professeur Nys souligne qu'il convient d'établir une distinction. Il y a d'une part, le caractère confidentiel de la déclaration anticipée — qui peut parfois avoir été faite longtemps à l'avance — d'un patient qui demande l'euthanasie. Dans cette phase, une protection absolue de la vie privée s'impose.

Il y a, d'autre part, la demande de pratiquer effectivement l'euthanasie. Il ne s'agit pas d'un acte médical ordinaire, mais bien, intrinsèquement, d'une infraction sur

moet kunnen worden uitgevoerd door de samenleving. Er moet een mogelijkheid tot controle op dit handelen bestaan en de patiënten moeten dit aanvaarden. Het recht van bescherming op de persoonlijke levenssfeer kan niet worden ingeroepen om deze controle te voorkomen.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo), wijst erop dat de heer Keuleneer en dokter Desmedt van oordeel zijn dat absoluut beschikkingsrecht niet bestaat. Zij stelt dat dit ook zo in artikel 14 wordt verwoord gezien noch het verzoek van de patiënt noch de wilsverklaring een dwingende waarde hebben. Het wetsontwerp gaat niet over het recht op euthanasie maar schept de voorwaarden en de regelingen zodat de arts zou kunnen overgaan tot euthanasie zonder daarvoor strafbaar te zijn.

Euthanasie zou enkel de laatst mogelijke oplossing mogen zijn. Maar is dit niet in tegenstelling met het wetsontwerp op de patiëntenrechten waarin uitdrukkelijk wordt bepaald dat de patiënt de mogelijkheid heeft een behandeling te weigeren. In het geval dat een patiënt een behandeling weigert, heeft hij dan geen mogelijkheid meer om naderhand euthanasie aan te vragen ? Hoe moet men deze mogelijke tegenspraak interpreteren ?

Artsen moeten een betere opleiding krijgen voor palliatieve zorg en de behandeling van pijn en symptomen. Misschien zijn sommige euthanasievragen wel vragen naar een juiste en een gepaste behandeling.

Uit contacten met universiteiten blijkt dat de curricula van de geneeskundige opleidingen slechts sedert 1997 voorzien in een opleiding voor palliatieve zorg en communicatieve vaardigheden. De eerste goed opgeleide personen zullen slechts binnenkort op de arbeidsmarkt komen.

De heer F. Keuleneer verwijst naar de voorbereidende werken van het wetsontwerp bij de senaat waar het niet gaat om een absoluut beschikkingsrecht maar wel dat euthanasie onder bepaalde omstandigheden, zo objectief en precies mogelijk bepaald, niet langer als een misdrijf wordt beschouwd. Als men daarentegen wel uitgaat van een dergelijk vergaand zelfbeschikkingsrecht moet ook de situatie aanvaard worden waarbij bijvoorbeeld een persoon in een contract met een verzekeringsmaatschappij, een lagere premie kan bedingen wanneer hij akkoord gaat met de mogelijkheid tot vervroegde levensbeëindiging. De vraag is of men hiermee akkoord kan gaan.

Een wilsverklaring, als een voorwaarde voor een contract, zou niet indruisen tegen de zelfbeschikking van de persoon wanneer de contractsverplichtingen van beide partijen als gelijkwaardig kunnen worden beschouwd. Het doet wel de vraag rijzen of dit is wat er met een euthanasiewetgeving wordt beoogd. Dit zal wel niet de bedoeling zijn doch het moet duidelijk worden gesteld. En als de criteria zuiver en objectief zijn, moeten ze ook

laquelle la société doit pouvoir exercer un contrôle. Il doit être possible d'exercer un contrôle sur l'acte médical et les patients doivent l'admettre. Le droit à la protection de la vie privée ne peut être invoqué pour empêcher ce contrôle.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) souligne que M. Keuleneer et le docteur Desmedt estiment qu'il n'existe pas de droit de disposition absolu. Elle souligne que ce principe est également consacré à l'article 14, puisque ni la demande du patient ni la déclaration anticipée de volonté n'ont de valeur contraignante. Le projet de loi ne traite pas du droit à l'euthanasie, mais crée les conditions et les règles permettant au médecin de pouvoir pratiquer l'euthanasie sans pour autant être passible de poursuites.

L'euthanasie devrait être le dernier recours possible. Mais n'est-ce pas contraire au projet sur les droits des patients qui prévoient explicitement qu'il est loisible au patient de refuser un traitement ? Un patient qui refuse un traitement n'a-t-il plus la possibilité de demander ensuite l'euthanasie ? Comment doit-on interpréter cette possible contradiction ?

Les médecins devraient bénéficier d'une meilleure formation en soins palliatifs et en traitement de la douleur et des symptômes. Certaines demandes d'euthanasie ne sont peut-être rien d'autre que des demandes de traitement correct et adapté.

Il ressort des contacts avec les universités que le cursus médical ne prévoit une formation en soins palliatifs et en compétences communicatives que depuis 1997. Les premiers praticiens bien formés n'arriveront donc sur le marché du travail que sous peu.

M. F. Keuleneer fait référence aux travaux préparatoires du Sénat, aux termes desquels le projet de loi ne prévoit pas un droit absolu à l'autodétermination, mais dispose, en revanche, que dans certaines circonstances définies aussi objectivement et aussi précisément que possible, l'euthanasie n'est plus considérée comme une infraction. Si l'on estime par contre que le droit à l'autodétermination est aussi étendu, il faut aussi accepter qu'une personne qui accepte, par exemple, la possibilité d'une fin de vie prématurée puisse négocier une prime d'assurance moins élevée avec sa compagnie. Peut-on accepter cette éventualité ?

Faire de la déclaration de volonté une condition contractuelle ne porterait pas atteinte au droit à l'autodétermination de l'individu lorsque les obligations contractuelles des deux parties peuvent être considérées comme équivalentes. On peut néanmoins se demander si tel est l'objectif poursuivi par une législation sur l'euthanasie. Là n'est sans doute pas l'objectif poursuivi. Il conviendra toutefois de l'indiquer clairement. Des critères

opgewassen zijn tegen de toets aan andere componenten van het rechtssysteem.

Professor Adams zegt dat de tegenstrijdigheid waarover mevrouw Descheemaeker het heeft, moet worden genuanceerd. Het wetsontwerp op de patiëntenrechten gaat over meer dan alleen euthanasie. Er zijn twee opties 1) of men wijzigt het wetsontwerp op de patiëntenrechten en dan zou weigering niet meer mogelijk zijn of 2) de patiënt moet worden geïnformeerd over de gevolgen van de weigering tot het verderzetten van de behandeling. Dat wil zeggen dat hij ervan op de hoogte is dat hij eventueel zal sterven bij het staken van een medische behandeling.

De voorzitter wijst erop dat volgens de heer Adams artikelen 2 en 3 van het EVRM refereren naar het recht op menselijke waardigheid. Kan men vanuit dit recht op menselijke waardigheid langs artikel 3 om gaan en zo komen tot een situatie waarbij artikel 2 niet wordt geschonden en dus toch tot euthanasie kan worden overgegaan.

Er zijn kritieken van de commissie die de opvolging doet van het IVBPR (Internationaal verdrag voor burgerlijke en politieke rechten) verdrag naar het Nederlands controlesysteem. Wat zijn daarvan de consequenties in Nederland op dit ogenblik ? Zijn er aanpassingen voorzien van het Nederlands systeem ten gevolge van deze kritieken ?

Professor Adams licht toe dat de procedure en de werkwijze van dat mensenrechtencomité erin bestaan dat lidstaten rapporteren over hun wetgeving, zoals bijvoorbeeld de inwerkingtreding van een euthanasiewetgeving. Het comité bestaande uit 16 personen bestudeert deze wetgeving en geeft daar een mening, eventuele opmerkingen en aanbevelingen over. De lidstaat kan dan eventueel de aanbevelingen toepassen.

De minister van Volksgezondheid van Nederland heeft geantwoord op de vragen van het comité dat er in Nederland maar drie gevallen zijn doorverzonden aan het comité van procureurs-generaal. Ze beweerde dat dit kwam omdat de Nederlandse commissies zo goed functioneren en dat daarom de Nederlandse wet niet diende te worden aangepast. De spreker heeft daar echter een andere opvatting over. Slechts 40 % van de artsen die euthanasie plegen, melden dit aan de toetsingcommissies. In 60 % van de gevallen wordt de aanmeldingsprocedure niet gevolgd. Het is volstrekt mogelijk dat de procedure juist is verlopen, maar gezien er geen informatie over is, kan het niet worden nagegaan. Hoe dan ook, een internationaal rechtssysteem voorziet veelal niet expliciet in sancties, dus kan er verder niets worden gedaan.

Omtrent artikelen 2 en 3 van het EVRM wil de Raad Van State geen toetsing doen. De patiënt kan immers afstand doen van zijn grondrechten. De Raad van State

clairs et objectifs doivent également supporter la confrontation avec d'autres éléments du système juridique.

Le professeur Adams souligne qu'il convient de nuancer la contradiction évoquée par Mme Descheemaeker. Le projet de loi sur les droits du patient va au-delà du droit à l'euthanasie. Il y a deux possibilités : ou bien on modifie le projet de loi sur les droits des patients et, dans ce cas, le refus n'est plus possible, ou bien le patient doit être informé des conséquences du refus de poursuivre son traitement. En d'autres termes, le patient est alors informé qu'il pourra éventuellement mourir s'il est mis fin à son traitement médical.

Le président fait observer que, selon M. Adams, les articles 2 et 3 de la CEDH font référence au droit à la dignité humaine. Peut-on, à partir de ce droit à la dignité humaine, faire abstraction de l'article 3, de sorte que l'article 2 n'est pas violé et que l'on peut donc malgré tout pratiquer l'euthanasie ?

La commission qui assure le suivi du PIDCP (Pacte international relatif aux droits civils et politiques) critique le système de contrôle néerlandais. Quelles sont les conséquences que ces critiques ont actuellement au niveau néerlandais ? Ce système a-t-il été adapté à la suite de ces critiques ?

Le professeur Adams précise que la méthode de travail de ce comité des droits de l'homme est la suivante : les États membres font rapport sur leur législation, par exemple, sur la législation relative à l'euthanasie. Ce comité, qui se compose de 16 personnes, étudie cette législation, exprime son opinion et formule éventuellement des observations et des recommandations sur celle-ci. L'État membre peut alors éventuellement mettre en œuvre ces recommandations.

La ministre néerlandaise de la Santé publique a répondu à ce comité que trois cas seulement ont été renvoyés au comité des procureurs généraux. Elle a allégué que s'il y avait si peu de cas, c'était parce que les commissions néerlandaises fonctionnaient parfaitement et qu'il n'y avait dès lors pas lieu d'adapter la loi néerlandaise. L'intervenant a toutefois une autre opinion à ce sujet. Quarante pour cent seulement des médecins qui pratiquent l'euthanasie le signalent aux commissions de contrôle. La procédure de déclaration n'est pas suivie dans 60 % des cas. Il est parfaitement possible que la procédure se soit déroulée correctement, mais, comme l'on ne dispose pas d'informations à ce sujet, il n'est pas possible de s'en assurer. Quoi qu'il en soit, étant donné qu'un système juridique international ne prévoit pas explicitement de sanctions, il n'est pas possible de prendre d'autres mesures.

Le Conseil d'État se refuse à exercer tout contrôle en ce qui concerne les articles 2 et 3 de la CEDH. Le patient peut en effet renoncer à ses droits fondamentaux.

laat het over aan de wetgever om de toepassing van artikel 2 te regelen. Ieder lidstaat heeft een appreciatiemarge van internationale verdragen. Deze reikt echter niet tot in het oneindige. En volgens de spreker heeft de Raad van State hier haar marge overschreden.

De voorzitter, de heer Fred Erdman, vraagt aan professor Nys of ook voor huidig ontwerp de verwijzing naar de Commissie voor de bescherming van het privé-leven moet gebeuren op het ogenblik dat de uitvoeringsbesluiten worden opgesteld. Dit naar analogie met wat gebeurde bij de regeling van de wetgeving over het wegnemen van organen.

Professor Nys zegt dat dit formeel wel op het ogenblik van de uitvoeringsbesluiten kan gebeuren, maar dat hij toch verwonderd is dat deze commissie tot hiertoe nog niet werd geraadpleegd.

De voorzitter verwijst naar de moeilijkheid bij het evalueren van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt waarover dokter Desmedt gesproken heeft. Het is duidelijk dat de arts moet nagaan of de patiënt voldoet aan de voorwaarden die in de wet zijn opgesomd alvorens te kunnen antwoorden op de vraag naar euthanasie. Zo moet hij nagaan of de patiënt meerderjarig, bekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn vraag en of de vraag op vrijwillige, bedachte en herhaalde wijze is geformuleerd zonder druk van buitenuit. Het gaat om verschoningsgronden. Indien de arts deze elementen niet kan controleren, kan hij ook niet ingaan op de vraag van een patiënt. Misschien is dit wel de reden van de tegenstand daartegen van de medische sector. Deze redenen zijn immers veel restrictiever dan de actueel toegepaste normen.

Dokter Desmedt wijst erop dat euthanasie voor het ogenblik wordt toegepast en bovendien zonder aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Wat moet worden nagegaan is of de wet ervoor zal zorgen dat euthanasie in de toekomst in betere omstandigheden zal gebeuren. Ze denkt van niet. De arts zal in de toekomst op dezelfde manier blijven handelen als nu. De aanneming van de wet zal er in de toekomst eventueel voor zorgen dat de procedure in betere omstandigheden verloopt.

Ze is echter wel van oordeel dat de wet voor sommige categorieën van patiënten negatief kan zijn, zoals bij patiënten, die zeer veel pijn hebben, de wet kennen en vragen om euthanasie. Een geneesheer, die weet dat hij beschermd is door de wet zou in deze gevallen positief kunnen antwoorden op deze vraag, als aan de criteria is voldaan. Op dit ogenblik zal een arts die voor zo een geval staat misschien niet voldoen aan de vraag, terwijl hij dit in de toekomst wel zou doen. In zo een geval, kan de wet, volgens de spreekster, in het nadeel van de patiënt zijn.

De spreekster vraagt zich af of het gecontroleerd toebrengen van kalmeringsmiddelen, palliatieve zorg is, of

Le Conseil d'État confie au législateur le soin de régler l'application de l'article 2. Chaque État membre dispose d'une marge d'appréciation en ce qui concerne les traités internationaux. Cette marge n'est toutefois pas infinie. Et l'intervenant estime que le Conseil d'État a outrepassé en l'occurrence son pouvoir d'appréciation.

M. Fred Erdman, président, demande au professeur Nys si le projet de loi à l'examen devrait également être renvoyé à la Commission de la protection de la vie privée au moment où les arrêtés d'exécution seront pris, par analogie avec ce qui s'est produit lors de l'adoption de la législation relative au prélèvement d'organes.

Le professeur Nys répond que ce renvoi peut effectivement s'opérer formellement au moment où les arrêtés d'exécution seront pris, mais qu'il est tout de même étonné que cette commission n'ait pas encore été consultée jusqu'à présent.

Le président réplique qu'il est difficile d'évaluer le droit du patient de disposer de lui-même, droit auquel le docteur Desmedt a fait allusion. Il est évident que le médecin doit examiner si le patient répond aux conditions énumérées dans la loi avant de pouvoir faire droit à la demande d'euthanasie. C'est ainsi qu'il doit examiner si le patient est majeur, capable et conscient au moment de sa demande et si la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée sans pression extérieure. Il s'agit de causes d'excuse. Si le médecin ne peut pas contrôler ces éléments, il ne peut pas non plus donner suite à la demande d'un patient. C'est peut-être bien en cela que réside la raison de l'opposition au projet manifestée par le corps médical. Ces motifs sont en effet bien plus restrictifs que les normes appliquées actuellement.

Le docteur Desmedt souligne que l'euthanasie se pratique déjà à l'heure actuelle et, qui plus est, sans que certaines conditions soient remplies. Ce qu'il y a lieu d'examiner, c'est si, grâce à cette loi, l'euthanasie pourra se pratiquer à l'avenir dans de meilleures conditions. Elle pense que non. À l'avenir, le médecin continuera à procéder de la même manière qu'aujourd'hui. L'adoption de la loi permettra éventuellement à l'avenir un déroulement de la procédure dans de meilleures conditions.

Elle estime cependant que la loi peut avoir un effet négatif pour certaines catégories de patients, par exemple pour ceux qui souffrent énormément, connaissent la loi et demandent l'euthanasie. Dans un tel cas de figure, un médecin qui se sait protégé par la loi pourrait accéder à cette demande dès l'instant où les critères sont remplis, alors qu'à l'heure actuelle, il n'y accéderait peut-être pas. Selon l'oratrice, dans un tel cas de figure, la loi peut être préjudiciable au patient.

L'intervenante se demande si l'administration sous contrôle d'analgésiques doit-elle être considérée comme

hoe moet het worden gezien in het kader van de euthanasiewetgeving. Wat is de bedoeling van de geneesheer : de pijn controleren of het leven beëindigen.

De heer Fred Erdman (SP.A) ventileert twijfels bij de stelling van de heer Keuleneer dat sommige categorieën van patiënten door het wetsontwerp gediscrimineerd worden. Het wetsontwerp verleent de patiënt geen subjectief recht op euthanasie : de patiënt mag een verzoek tot toepassing van euthanasie formuleren, maar de arts is in geen geval verplicht om op het verzoek in te gaan. Het verzoek schept geen contractuele band tussen arts en patiënt. In geval van weigering moet de arts de redenen van zijn weigering toelichten (artikel 14, vierde lid van het ontwerp), maar die verplichting is niet aan een sanctie onderworpen. Als er in het ontwerp al van discriminatie sprake zou zijn, dan kan ze enkel bestaan in hoofde van de arts.

De heer Fernand Keuleneer repliceert dat toch bepaalde rechtsgevolgen kunnen voortvloeien uit de vraag van de patiënt, die daardoor een bepaalde juridische relevantie krijgt. Hij bevestigt ook dat er mogelijkerwijs discriminatie is in hoofde van de arts. Met betrekking tot de patiënt moet de wetgever rekening houden met de te verwachten evolutie na de totstandkoming van de wet. Het mag dan wel zo zijn dat het ontwerp niet expliciet een subjectief recht op euthanasie aan de patiënt verleent, maar men kan niet uitsluiten dat door de maatschappelijke evolutie de wettekst op termijn zo zal worden geïnterpreteerd dat het ontstaan van een recht op euthanasie wordt aangenomen; in dat geval zou een rechter wél kunnen besluiten dat sommige categorieën van patiënten worden gediscrimineerd. Het bestaan van een subjectief recht is bovendien niet vereist voor de toepassing van anti-discriminatiebepalingen.

De spreker herhaalt dat er een onderscheid dient te worden gemaakt tussen directe en indirecte discriminatie. In geval van directe discriminatie is er een verschil in behandeling zonder objectieve en redelijke verantwoording. Bij indirecte discriminatie veroorzaakt een ogenschijnlijk neutrale bepaling, maatstaf of handelwijze een schadelijke weerslag op personen. In de moderne rechtsopvatting ontstaat er een ontkoppeling van « discriminatie » en « het hebben van een recht ». Het voorhanden zijn van (indirecte) discriminatie wordt geëvalueerd op grond van een effectenanalyse. Ook in de geldende interpretatie van het discriminatieverbod van artikel 11 van de Grondwet is indirecte discriminatie verboden.

De heer Herman Nys vindt dat het wetsontwerp sommige patiënten discriminerend behandelt omwille van het feit dat de arts zijn euthanaserend handelen afhankelijk kan maken van door hem opgelegde bijkomende voorwaarden, waardoor de lat hoger komt te liggen dan wanneer hij genoegen zou nemen met een loutere toetsing

faisant partie des soins palliatifs ou doit-elle être située dans le cadre de la législation sur l'euthanasie. Quel est l'objectif du médecin : contrôler la douleur ou mettre fin à la vie ?

M. Fred Erdman (SP.A) émet des doutes quant à la thèse de M. Keuleneer selon laquelle le projet de loi établit une discrimination à l'égard de certaines catégories de patients. Le projet de loi n'octroie au patient aucun droit subjectif à l'euthanasie : le patient peut formuler une demande d'euthanasie, mais le médecin n'est en aucun cas tenu d'accéder à sa demande. La demande ne crée aucun lien contractuel entre médecin et patient. En cas de refus, le médecin doit en préciser les raisons (article 14, alinéa 4, du projet), mais cette obligation n'est pas assortie de sanction. Si le projet établissait une discrimination, celle-ci ne pourrait exister que dans le chef du médecin.

M. Fernand Keuleneer réplique que la demande du patient peut toutefois entraîner certaines conséquences d'ordre juridique et, de ce fait, avoir une certaine importance sur ce plan. Il confirme également qu'il peut y avoir une discrimination dans le chef du médecin. En ce qui concerne le patient, le législateur doit tenir compte de l'évolution prévisible après le vote de la loi. Même si le projet n'accorde pas explicitement au patient un droit subjectif à l'euthanasie, on ne peut exclure qu'à terme, du fait de l'évolution de la société, la loi puisse être interprétée de telle sorte que l'existence d'un droit à l'euthanasie soit admise; dans ce cas, un juge pourrait effectivement décider que certaines catégories de patients sont l'objet d'une discrimination. En outre, l'existence d'un droit subjectif n'est pas requise pour l'application des dispositions légales anti-discrimination.

L'intervenant rappelle qu'il convient de distinguer discrimination directe et discrimination indirecte. Dans le cas d'une discrimination directe, il existe une différence de traitement sans justification objective et raisonnable. Dans le cas d'une discrimination indirecte, une disposition, un critère ou une attitude apparemment neutre a des conséquences préjudiciables à certaines personnes. La conception moderne du droit dissocie la notion de « discrimination » de celle de « possession d'un droit ». L'existence d'une discrimination (indirecte) est évaluée sur la base d'une analyse des effets. L'interprétation donnée actuellement à l'interdiction prévue par l'article 11 de la Constitution, de pratiquer une quelconque discrimination implique également l'interdiction de toute discrimination indirecte.

M. Herman Nys estime que le projet de loi est discriminatoire à l'égard de certains patients, étant donné que le médecin peut subordonner son intervention euthanasique à des conditions complémentaires qu'il impose, les exigences étant dès lors plus strictes dans ce cas que lorsqu'il se borne à vérifier simplement le respect

van de voorwaarden van het ontwerp. Door die mogelijkheid kan er discriminatie ontstaan tussen verschillende patiënten die aan de wettelijke voorwaarden voldoen. De wetgever zou er daarom goed aan doen om concreet te bepalen welke bijkomende voorwaarden een arts eventueel mag opleggen (bijvoorbeeld de verstrekking van bijkomende informatie).

De spreker heeft ook bedenkingen bij de opmerking dat discriminatie in hoofde van de arts omwille van zijn motiveringsplicht geen probleem vormt omdat het ontwerp niet in een sanctie voorziet; bepalingen die niet afdwingbaar zijn, horen volgens hem niet in een wet thuis.

De heer Fred Erdman (SP.A) gaat niet akkoord met de laatste stelling : waar in de oude rechtsopvatting inderdaad geen plaats was voor sanctieloze regels, heeft de techniek van de inschrijving in de wetgeving van algemene principes, die niet meer dan een niet-afdwingbaar richtsnoer uitmaken, ruime toepassing gevonden.

De heer Herman Nys stelt dat het wetsontwerp de Koning niet de bevoegdheid verleent om instellingen tot medewerking aan euthanasie te verplichten. Ook uit de ziekenhuiswetgeving kan dergelijke verplichting niet worden afgeleid. Een ziekenhuis wordt in die wetgeving omschreven als een plaats waar medisch handelen wordt toegepast; de Koning kan erkenningsnormen opleggen, maar enkel met betrekking tot medisch handelen en sommige andere vormen van handelen (bijvoorbeeld het optreden van verpleegkundigen), waartoe levensbeëindigend handelen niet behoort. Een arts kan zich evenmin beroepen op de wettelijk en deontologisch beschermde vrijheid van therapie om in een ziekenhuis het recht op te eisen euthanasie te verrichten. Die vrijheid beperkt zich tot het medisch handelen in de strikte zin.

De heer Fernand Keuleneer plaatst vraagtekens bij de mogelijkheid van de instellingen om hun medewerking te weigeren aan de toepassing van euthanasie na de inwerkingtreding van het voorliggende wetsontwerp. Indien de wetgever wenst dat instellingen kunnen beslissen dat euthanasie binnen hun muren niet wordt toegepast, moet hij dit uitdrukkelijk in de wet inschrijven. Zoals door de maatschappelijke evolutie, die de interpretatie van wetgeving kan beïnvloeden, euthanasie een recht kan worden zonder een nieuw optreden van de wetgever (bijvoorbeeld doordat een rechter beslist dat er in sommige situaties een zeker recht op euthanasie bestaat), zo is het ook mogelijk dat levensbeëindigend handelen in de toekomst zal worden beschouwd als een vorm van medisch handelen. De wetgever moet vooruit denken door ervoor te opteren bepaalde evoluties uit te sluiten indien hij ze onwenselijk acht.

De heer Fred Erdman (SP.A) repliceert dat de wetgever een antwoord moet vinden voor een probleem zoals het zich nu stelt. Indien de interpretatie van de wet later

des conditions prévues par le projet. Cette possibilité peut être source de discrimination entre différents patients qui répondent aux conditions légales. Le législateur serait donc bien avisé de déterminer concrètement les conditions complémentaires pouvant éventuellement être imposées par un médecin (par exemple, la communication d'un complément d'informations).

L'intervenant formule également des réserves concernant l'observation selon laquelle la discrimination dans le chef du médecin du fait de son obligation de motivation ne pose pas problème, dès lors que le projet ne prévoit pas de sanction; il estime qu'une loi ne doit pas contenir de dispositions non contraignantes.

M. Fred Erdman (SP.A) conteste ce point de vue : alors que, selon l'ancienne conception du droit, il n'y avait effectivement pas de place pour des règles non assorties de sanction, la technique consistant à inscrire dans la législation des principes généraux qui ne sont rien de plus que des lignes directrices non contraignantes est aujourd'hui largement appliquée.

M. Herman Nys constate que le projet de loi à l'examen ne confère pas au Roi le pouvoir d'obliger les institutions à prêter leur concours à l'euthanasie. Une pareille obligation ne peut pas non plus être inférée de la législation relative aux hôpitaux. Dans cette législation, l'hôpital est défini comme un lieu où des actes médicaux sont accomplis; le Roi peut imposer des normes d'agrément, mais uniquement en ce qui concerne les actes médicaux et certaines autres formes d'intervention (par exemple, l'intervention d'infirmières), dont ne font pas partie les actes visant à mettre fin à la vie de manière active. Un médecin ne peut pas non plus invoquer la liberté thérapeutique protégée par la loi et par la déontologie, pour exiger le droit de pratiquer l'euthanasie dans un hôpital. Cette liberté se limite aux actes médicaux au sens strict.

M. Fernand Keuleneer s'interroge sur la possibilité pour les institutions de refuser de prêter leur concours à la pratique de l'euthanasie après l'entrée en vigueur de la loi en projet. Si le législateur souhaite que les institutions puissent décider d'exclure l'accomplissement de tout acte d'euthanasique dans leurs murs, il doit le stipuler clairement dans la loi. Tout comme l'euthanasie peut, sans une nouvelle intervention du législateur (par exemple, parce qu'un juge décide qu'il existe un certain droit à l'euthanasie dans certaines situations), devenir un droit par l'effet de l'évolution sociale, qui peut influer sur l'interprétation de la législation, il est également possible que l'intervention euthanasique soit considérée à l'avenir comme une forme d'acte médical. Le législateur doit faire preuve de prévoyance en décidant d'ores et déjà d'exclure certaines évolutions s'il ne les estime pas souhaitables.

M. Fred Erdman (SP.A) réplique que le législateur doit résoudre les problèmes tels qu'ils se posent actuellement. Si l'interprétation de la loi devait, par la suite, évo-

in een door de wetgever onwenselijk geachte richting zou evolueren, kan de wet worden aangepast.

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) benadrukt dat het ontwerp het niet over een recht op euthanasie heeft, maar over de voorwaarden onder dewelke een levensbeëindigend handelen door een arts niet onrechtmatig dient te worden geacht.

De spreker hecht veel belang aan het feit dat in de opvatting van de heer Nys verzorgingsinstellingen de mogelijkheid zullen hebben om, na de inwerkingtreding van het voorliggende wetsontwerp, hun medewerking aan de uitvoering van euthanasie te weigeren en dat dus — behalve artsen en andere personen — ook instellingen ervoor kunnen opteren om op principiële gronden euthanasie niet toe te passen. Onderschrijven de leden die het ontwerp steunen die interpretatie ? Indien het antwoord bevestigend is, heeft een instelling dan de plicht om patiënten mee te delen of er in de instelling een arts aanwezig is die bereid is euthanasie uit te voeren indien de wettelijke voorwaarden vervuld zijn ? Indien het antwoord ontkennend is en instellingen euthanasie dus niet kunnen uitsluiten, kan dat dan in erkenningsnormen worden opgelegd en moet elke instelling vervolgens verzekeren dat er minstens één arts is die geen principiële bezwaren tegen euthanasie heeft ? De spreker is ervan overtuigd dat het antwoord bevestigend is. Hij vraagt uitdrukkelijk of alle leden van de commissie instemmen met de opvatting dat het wetsontwerp instellingen de mogelijkheid verleent om de toepassing van euthanasie te verbieden.

De voorzitter besluit dat in de juiste interpretatie van het voorliggende ontwerp instellingen het recht hebben om de toepassing van euthanasie te verbieden binnen de muren van de instelling. *Geen lid* verzet zich tegen deze interpretatie van de voorzitter.

De heer Jo Vandeurzen onderschrijft de stelling dat de bepaling over de wilsverklaring onduidelijk is. Met de verklaring wordt enkel rekening gehouden indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment waarop de betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd, maar op welke wijze dient de arts het ogenblik te bepalen waarop de wil niet meer kon worden geuit ?

De heer Tony Van Parys (CD&V) is van mening dat het centrale uitgangspunt van het ontwerp het zelfbeschikkingsrecht is. Hij heeft grote twijfels over dat uitgangspunt : in welke mate is een mens in staat om een beslissing te nemen over het moment van zijn dood ? Overstijgt dat niet de menselijke bekwaamheid, in het bijzonder voor mensen met een psychische aandoening ?

Indien men al zou uitgaan van de menselijke bekwaamheid om over het eigen leven te beslissen, dan dient men toch minstens te bepalen onder welke voorluer dans un sens que le législateur estimerait peu souhaitable, la loi pourrait être adaptée.

M. Jo Vandeurzen (CD&V) souligne que le projet à l'examen ne traite pas d'un droit à l'euthanasie mais des conditions dans lesquelles l'acte euthanasique pratiqué par un médecin ne doit pas être considéré comme illégal.

L'intervenant attache une grande importance au fait que, selon la thèse de M. Nys, les établissements de soins auront, après l'entrée en vigueur de la loi en projet, la possibilité de refuser de collaborer à la pratique de l'euthanasie et que dès lors — en plus des médecins et des autres personnes —, les établissements pourront également choisir de ne pas pratiquer l'euthanasie pour des raisons de principe. Les membres qui soutiennent la loi en projet souscrivent-ils à cette interprétation ? Dans l'affirmative, l'établissement est-il tenu de faire savoir aux patients s'il y a, en son sein, un médecin disposé à pratiquer l'euthanasie si les conditions légales sont remplies ? Dans la négative et si dès lors, les établissements ne peuvent pas refuser de pratiquer l'euthanasie, cette obligation devra-t-elle être reprise dans les normes d'agrément et chaque établissement devra-t-il par conséquent faire en sorte qu'il y ait au moins un médecin qui ne voit aucune objection de principe à pratiquer l'euthanasie ? L'intervenant est convaincu que la réponse est affirmative. Il demande expressément à tous les membres de la commission s'ils marquent leur accord sur la thèse selon laquelle le projet à l'examen accorde aux établissements la possibilité d'interdire la pratique de l'euthanasie.

Le président conclut que, selon l'interprétation correcte du projet à l'examen, les institutions ont le droit d'interdire la pratique de l'euthanasie dans leurs murs. *Aucun membre* ne conteste cette interprétation du président.

M. Jo Vandeurzen partage le point de vue selon lequel la disposition relative à la déclaration anticipée manque de clarté. La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté, mais de quelle manière le médecin doit-il déterminer le moment à partir duquel le patient ne peut plus manifester sa volonté ?

M. Tony Van Parys (CD&V) considère que c'est le droit de disposer de sa personne qui constitue le fondement principal du projet. Or, il nourrit de sérieux doutes quant à l'opportunité de ce fondement : en effet, dans quelle mesure un être humain est-il capable de décider du moment de sa mort ? N'est-ce pas au-dessus de ses facultés, *a fortiori* dans le cas de personnes souffrant d'une affection psychique ?

Et si l'on se fonde sur la capacité de l'homme de décider de ce qui doit advenir de sa propre vie, la moindre des choses est de déterminer à quelles conditions cette

waarden de beslissing met kennis van zaken kan worden genomen; het ontwerp gaat te weinig op dat thema in.

De spreker betwist ten slotte de aan het ontwerp ten grondslag liggende overtuiging dat de overheid in bioethische kwesties een neutrale houding moet aannemen.

De heer Fred Erdman (SP.A) citeert uit onderzoek, waaruit blijkt dat, in vergelijking met Nederlandse artsen, Vlaamse artsen patiënten minder vaak bekwaam achten tot het nemen van een beslissing over het eigen levenseinde.

De heer Maurice Adams vindt dat de bekwaamheid tot het nemen van een beslissing over het levenseinde tot de kern van het debat behoort. Uit getuigenissen in Senaat en Kamer en uit de literatuur blijkt dat die bekwaamheid zeer twijfelachtig is. Artsen blijken dit het belangrijkste knelpunt in het euthanasiedebat te vinden. In eigen naam pleit de spreker er omwille van die gebrekkige bekwaamheid voor dat de mogelijkheid van euthanasie voorbehouden wordt aan terminale patiënten. Het enige objectieve element in een stervensproces is immers de vermoedelijke levensverwachting van de patiënt. De beslissing van de betrokkene is voor het overige grotendeels subjectief, wat toch een bedenkelijke grondslag voor euthanasie is; het gaat immers over de meest cruciale beslissing in een mensenleven. De wetgever kan zelf de betekenis van het concept « terminaliteit » omschrijven. Voorzover het begrip terminaal onduidelijk is, kan de wetgever zelf de betekenis ervan omschrijven, bijvoorbeeld als « met een vermoedelijke levensverwachting van drie maanden ». De medische wetenschap zal vervolgens in staat zijn uit die omschrijving conclusies te trekken : een bepaald ziektebeeld kan meestal op betrouwbare wijze verbonden worden met een vermoedelijke levensverwachting.

De heer Herman Nys stelt dat hij zich tot nog toe heeft beperkt tot een juridische analyse van het ontwerp, dat op legistiek vlak verschillende tekortkomingen vertoont.

Over de grond van de zaak wil hij ten persoonlijken titel kwijt dat hij geen voorstander is van de verlening van absolute autonomie aan de patiënt. De wetgever kan beslissen om een andere weg in te slaan, maar moet minstens de voorwaarden voor en de modaliteiten van euthanasie zeer precies omschrijven.

In het bijzonder betreurt de spreker dat het ontwerp nergens vermeldt dat de euthanasie op zorgvuldige wijze moet worden uitgevoerd en dat de patiënt op de hoogte moet worden gesteld van de methode die wordt aangewend en van de risico's die met de toepassing van euthanasie verbonden zijn. Zoals de abortuswetgeving tot vorderingen wegens « *wrongful birth* » en « *wrongful life* » heeft geleid, zo zal het voorliggende euthanasieontwerp leiden tot vorderingen wegens « *wrongful death* » omwille van een onzorgvuldig uitgevoerde euthanasie. De

décision peut être prise en connaissance de cause. Or, le projet n'approfondit pas suffisamment cette question.

Pour terminer, l'intervenant conteste la conviction qui sous-tend le projet, à savoir qu'en matière de bioéthique, l'autorité publique doit adopter une attitude de neutralité.

M. Fred Erdman (SP.A) cite une étude qui révèle que, comparativement aux médecins néerlandais, les médecins flamands jugent moins souvent leurs patients aptes à prendre une décision concernant leur propre fin de vie.

M. Maurice Adams estime que l'aptitude à prendre une décision concernant la fin de vie est au centre du débat. Il ressort des témoignages recueillis au Sénat et à la Chambre et de la littérature que cette aptitude est très aléatoire. Les médecins considèrent ce problème comme le point essentiel du débat sur l'euthanasie. C'est en raison de ce problème d'aptitude que l'intervenant plaide en son nom personnel pour que l'euthanasie soit réservée aux patients qui se trouvent en phase terminale. Le seul élément objectif dans le processus de fin de vie est en effet l'espérance de vie probable du patient. La décision de l'intéressé est, pour le reste, en grande partie subjective, ce qui confère un fondement pour le moins discutable à l'euthanasie; il s'agit en effet de la décision la plus cruciale de la vie d'un individu. Le législateur peut, quant à lui, définir la notion de « terminalité » — à supposer que cette notion manque de clarté — comme étant, par exemple, l'« espérance de vie probable de trois mois ». La science médicale pourra ensuite en tirer des conclusions : un syndrome déterminé peut en général être associé de manière fiable à une espérance de vie probable.

M. Herman Nys précise qu'il s'est borné jusqu'à présent à effectuer une analyse juridique du projet, qui présente différentes lacunes sur le plan légistique.

En ce qui concerne le fond de la question, il reconnaît à titre personnel qu'il n'est pas partisan d'une autonomie absolue du patient. Le législateur peut décider de ne pas suivre cette voie, mais il doit au moins fixer de manière très précise les conditions à remplir pour pratiquer l'euthanasie et les modalités selon lesquelles celle-ci peut être pratiquée.

L'intervenant déplore en particulier qu'il ne soit précisé nulle part dans le projet que l'euthanasie doit être pratiquée de manière rigoureuse et que le patient doit être informé de la méthode qui est utilisée et des risques inhérents à la pratique de l'euthanasie. De même que la législation sur l'avortement a donné lieu à des actions pour « *wrongful birth* » et « *wrongful life* », le projet relatif à l'euthanasie à l'examen suscitera des actions pour « *wrongful death* », parce que l'euthanasie n'a pas été pratiquée de manière rigoureuse. Le législa-

wetgever moet over de toelaatbaarheid van dergelijke vorderingen duidelijkheid verschaffen.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) betreurt dat het ontwerp in het geval van een niet-terminale patiënt (artikel 3, § 3 van het ontwerp) geen zorgvuldigheidsvereisten of kwaliteitsnormen oplegt voor het bijkomend consult van een tweede arts, die in de regel een psychiater is. Die tweede arts heeft uiteraard inzage in het medisch dossier van de patiënt, maar hij dient in de visie van de spreekster ook het lijden van de patiënt op verschillende ogenblikken te beoordelen; het voorliggende ontwerp sluit niet uit dat hij het lijden slechts op één toevallig moment beoordeelt.

De heer Fred Erdman (SP.A) vindt dat het ontwerp voldoende waarborgen biedt op het door mevrouw Avontroodt aan de orde gestelde punt : ook de tweede arts moet zich van het aanhoudende lijden van de patiënt vergewissen.

De heer Fernand Keuleneer treedt de stelling van mevrouw Avontroodt bij : voor het tweede consult legt de tekst weinig kwaliteitseisen op. Bovendien omschrijft het ontwerp het begrip « ziekte » niet. Ressorteert levensmoeheid daar onder, in het bijzonder voor niet-terminale patiënten die een beroep willen doen op de wet ? Door de Wereldgezondheidsorganisatie wordt het begrip « gezondheid » als een toestand van perfect welbevinden omschreven, zodat het tegengestelde ervan, ziekte, zowat alle mogelijke problemen, inclusief levensmoeheid, kan omvatten. Verdedigt de Belgische wetgever een even ruime definitie ?

De heer Maurice Adams vindt de periode van één maand, die voor niet-terminale personen dient te verlopen tussen zijn schriftelijk verzoek en de uitvoering van de euthanasie, te kort; in die korte periode kan de geconsulteerde arts niet grondig kennismaken met de patiënt. Bovendien vindt de arts in het ontwerp geen enkel richtsnoer om te bepalen of het lijden van de patiënt ondraaglijk en onlenigbaar is.

De heer Fred Erdman (SP.A) benadrukt dat de periode van één maand slechts een minimumtermijn is. Als een arts, in overeenstemming met zijn deontologie, meent dat er een langere periode dient te verstrijken, kan hij daartoe beslissen.

Mevrouw Marianne Desmedt vindt dat de arts een authentieke dialoog met zijn patiënt moet aangaan. Hij dient daarbij rekening te houden met de verschillende fasen van verwerking die de patiënt doorloopt. Zij is van oordeel dat het voor een arts niet evident is om te bepalen of een patiënt zich in de terminale fase van zijn ziekte bevindt : de levensverwachting is niet altijd objectief vaststelbaar.

De spreekster vindt dat de inschrijving in het ontwerp van een verplichte palliatieve filter de kwaliteit van de beslissing omtrent euthanasie niet zal verhogen indien

teur doit fournir des éclaircissements concernant l'admissibilité des telles actions.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) déplore que dans le cas d'un patient ne se trouvant pas en phase terminale (article 3, § 3, du projet), le projet ne prévoie pas d'exigences de rigueur ou de normes de qualité en ce qui concerne la consultation complémentaire d'un second médecin, qui est généralement un psychiatre. Ce second médecin peut évidemment consulter le dossier médical du patient, mais il doit, aux yeux de l'intervenante, également évaluer la souffrance du patient à différents moments; or, le projet à l'examen n'exclut pas qu'il n'évalue cette souffrance qu'à un moment donné.

M. Fred Erdman (SP.A) estime que le projet offre suffisamment de garanties sur le point évoqué par Mme Avontroodt : le second médecin doit, lui aussi, s'assurer que les souffrances du patient sont constantes.

M. Fernand Keuleneer partage l'avis de Mme Avontroodt : le texte impose peu de conditions qualitatives en ce qui concerne la seconde consultation. En outre, le projet ne définit pas la notion de « maladie ». Le dégoût de la vie relève-t-il de cette notion, notamment en ce qui concerne les patients qui ne sont pas en phase terminale et veulent avoir recours à la loi ? L'Organisation mondiale de la santé estime que la « santé » est un état de complet bien-être. Son contraire, la maladie, peut dès lors inclure pratiquement tous les problèmes possibles, y compris le dégoût de la vie. La définition défendue par le législateur belge est-elle aussi étendue ?

M. Maurice Adams estime que la période d'un mois devant s'écouler entre la demande d'euthanasie formulée par le patient non terminal et l'exécution de cette dernière constitue un délai trop court qui ne permet pas au médecin consulté de faire amplement connaissance avec son patient. C'est en outre en vain que le médecin cherchera dans la loi en projet le moindre point de repère qui lui permettrait de déterminer si les souffrances de son patient sont insupportables et ne peuvent être apaisées.

M. Fred Erdman (SP.A) souligne que la période d'un mois n'est qu'un délai minimum. Si un médecin estime conformément à sa déontologie qu'il doit s'écouler une période plus longue, il peut le décider.

Mme Marianne Desmedt estime que le médecin doit entamer un dialogue authentique avec son patient. Il doit tenir compte en l'espèce des différentes phases d'assimilation de son état traversées par le patient. Elle estime qu'il n'est pas facile pour un médecin de déterminer si un patient se trouve dans la phase terminale de sa maladie : l'espérance de vie ne peut pas toujours être établie de manière objective.

L'intervenante estime que l'intégration dans le projet d'un filtre palliatif obligatoire n'augmentera pas la qualité de la décision relative à l'euthanasie si ce filtre est

die filter wordt geformuleerd als een louter mechanische, formele eis. Belangrijk is dat het palliatief team niet te laat tussenbeide komt : vanaf de eerste formulering van de wens om te sterven is er een belangrijke rol voor palliatieve zorgverlening weggelegd.

De heer Fred Erdman (SP.A) stelt dat de wetgever, indien hij het door mevrouw Desmedt vermelde probleem onderkent, met een moeilijk op te lossen dilemma wordt geconfronteerd : kiest hij voor een zware procedure, die misschien waarborgen biedt, maar ook kan tenderen naar formalisme, of geeft hij daarentegen de voorkeur aan een minder formalistische benadering, waardoor alle betrokkenen volop hun rol kunnen spelen ? De Senaat heeft reeds bijkomende waarborgen aan de oorspronkelijke tekst toegevoegd. Indien dit wenselijk is, kan de Kamer nog andere garanties in de tekst inbouwen.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) gaat in op de suggestie om de euthanasievraag van een patiënt vooraf te laten beoordelen door een commissie. Vindt de heer Adams dat die commissie complementair is ten opzichte van de controlecommissie die achteraf moet oordelen of is hij van mening dat een voorafgaande toetsing de controle achteraf kan vervangen ? Welke personen moeten deel uitmaken van dergelijke commissie ?

De heer Maurice Adams geeft de voorkeur aan een voorafgaande toetsing die complementair en optioneel is : de procedure achteraf blijft bestaan en een arts die de toelaatbaarheid van de toepassing van euthanasie in een bepaalde casus niet betwijfelt, kan van de voorafgaande toetsing afzien. De toetsing moet de rechtszekerheid voor de arts verhogen en vermijden dat hij ongewild strafbare handelingen stelt. Een arts die zich bedreigd voelt door potentiële strafrechtelijke vervolging kan immers geneigd zijn om geen aangifte te doen van bepaalde toepassingen van euthanasie; dit zou de maatschappelijke controle op de naleving van de zorgvuldigheidsvoorwaarden van de wet ondermijnen, wat duidelijk gebleken is uit de Nederlandse situatie vóór de inwerkingtreding van de recentelijk aangenomen wet, en moet dus worden vermeden. Zoals het voorliggende wetsontwerp wordt geformuleerd, kan het niet functioneren, omwille van de rechtsonzekerheid voor artsen.

Van de voorafgaande toetsingscommissie kan best een beperkt aantal deskundigen uit verschillende maatschappelijke sferen (een ethicus, een arts, eventueel een verpleegkundige en/of een lid van het openbaar ministerie) deel uitmaken. De commissie moet niet op ideologische, verzuilde wijze worden samengesteld. Uitgerekend verzuiling kan in het concept van het wetsontwerp tot een gebrek aan controle door de samenleving leiden : omdat doorverwijzing naar het openbaar ministerie slechts gebeurt als een tweederde meerderheid van de controlecommissie ervoor opteert, kan elke levensformulé comme une exigence formelle, purement mécanique. Il importe que l'équipe de soins palliatifs n'intervienne pas trop tard : un rôle important est dévolu aux soins palliatifs dès la première formulation du désir de mourir.

M. Fred Erdman (SP.A) déclare que si le législateur reconnaît le problème mentionné par Mme Desmet, il est confronté à un dilemme difficile à résoudre : opter pour une procédure lourde qui offre peut-être des garanties mais qui peut également tendre au formalisme, ou donner, par contre, la préférence à une approche moins formaliste, permettant à tous les intéressés de jouer pleinement leur rôle. Le Sénat a déjà ajouté des garanties complémentaires au texte initial. Si cela est souhaitable, la Chambre peut encore intégrer d'autres garanties dans le texte.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) rappelle qu'il a été suggéré de soumettre la demande d'euthanasie d'un patient à l'appréciation *a priori* d'une commission. M. Adams estime-t-il que cette commission est complémentaire de la commission de contrôle qui devra procéder à l'appréciation *a posteriori* ou bien M. Adams estime-t-il qu'un examen *a priori* peut remplacer le contrôle *a posteriori* ? Quelles personnes devraient faire partie de cette commission ?

M. Maurice Adams préfère que l'on instaure un contrôle *a priori* qui soit à la fois complémentaire et facultatif : la procédure a posteriori n'est pas supprimée et un médecin qui ne doute pas de l'admissibilité de la pratique de l'euthanasie dans un cas déterminé peut se passer du contrôle *a priori*. Ce contrôle est destiné à accroître la sécurité juridique dans le chef du médecin et éviter qu'il commette sans le vouloir des actes punissables. Un médecin qui sait qu'il peut faire l'objet de poursuites pénales éventuelles peut en effet être enclin à ne pas déclarer certains cas d'euthanasie; cela viderait de sa substance le contrôle social du respect des conditions de rigueur comme l'a montré clairement la situation qui existait aux Pays-Bas avant l'entrée en vigueur de la loi adoptée récemment et il faut dès lors éviter qu'il en soit ainsi. Telle qu'elle est formulée actuellement, la loi en projet est inapplicable en raison de l'insécurité juridique dans laquelle se trouveront les médecins.

Il serait souhaitable qu'un nombre limité d'experts issus de diverses sphères sociales (un éthicien, un médecin, éventuellement un infirmier ou une infirmière et/ou un membre du ministère public) fasse partie de la commission de contrôle préalable. La composition de la commission ne peut pas s'appuyer sur des fondements idéologiques ni être cloisonnée. C'est précisément le cloisonnement qui, dans la conception du projet de loi, peut donner lieu à un manque de contrôle de la part de la société : étant donné que le renvoi devant le ministère public n'a lieu que si une majorité des deux tiers de

beschouwelijke strekking effectieve controle door de samenleving verhinderen.

De toetsingscommissie, die de naleving van de zorgvuldigheidsvoorwaarden van de wet moet nagaan, moet voldoende flexibel, soepel en snel kunnen werken en ze dient buiten het justitiële systeem te functioneren; ze wordt bij voorkeur opgesplitst in subcommissies op provinciaal niveau. De Nederlandse praktijk toont aan dat dergelijk systeem goed werkt. In een andere optie kan de toetsing vooraf ook gebeuren door een SCEN-arts (SCEN = Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland); SCEN-artsen hebben een opleiding in palliatieve zorgverlening gekregen en staan andere artsen bij wanneer ze met een euthanasievraag worden geconfronteerd.

De Nederlandse praktijk tendeert steeds meer naar een ruimere toetsing vooraf, wat niet onlogisch is in het licht van het belang van de te nemen beslissing.

De heer Fred Erdman (SP.A) vindt dat bij de samenstelling van een commissie voor voorafgaande toetsing toch moeilijk kan worden voorbijgegaan aan de levensbeschouwelijke verscheidenheid van de samenleving. Indien de belangrijkste politieke en filosofische strekkingen elk een deskundige van elk type aanwijzen, wordt het toetsingsorgaan echter te uitgebreid voor een soepel functioneren. Men moet er ook rekening mee houden dat de toetsingscommissie *de facto* een bindend advies verleent, dat zowel de arts als het openbaar ministerie zullen moeten aanvaarden.

Het mensenrechtencomité van de Verenigde Naties stelt over de Nederlandse, niet verzuilde toetsingscommissie dat ze niet functioneert. Bewijst dat niet dat in dergelijk orgaan verschillende strekkingen aanwezig moeten zijn ?

De heer Hugo Coveliers (VLD) stelt dat het enige objectieve element bij een beslissing over de toepassing van euthanasie de medische toestand van de patiënt is. Waarom wil de heer Adams dan toch verschillende deskundigen in de toetsingscommissie opnemen en zo een zeer ruime toetsing laten plaatsvinden ?

De heer Maurice Adams verdedigt in de context van het ontwerp een ruime voorafgaande toetsing omdat het ontwerp euthanasie voor niet-terminale personen mogelijk maakt. Indien de wetgever de mogelijkheid van levensbeëindiging zou voorbehouden aan terminale patiënten, acht hij een minder ruime voorafgaande toetsing voldoende. Het mensenrechtencomité van de Verenigde Naties verzuimt te zeggen waarom de toetsingscommissie niet functioneert; het is dus allerminst bewezen dat de niet-verzuilde samenstelling de oorzaak is van de gebrekkige werking.

De heer Fernand Keuleneer verzet zich tegen een voorafgaande toetsing. In meer algemene zin waarschuwt hij voor de invoering van te veel toetsingsmechanismen. Indien de wetgever ervoor opteert om euthanasie te depenaliseren, moet hij ook de nodige controlemechanismen voorzien. Indien de controlecommissie beslist, zal elke filosofische strekking in de maatschappij dat ook doen.

La commission de contrôle, qui doit vérifier le respect des règles de rigueur prévues par la loi, doit pouvoir travailler de manière suffisamment flexible, souple et rapide et doit fonctionner en dehors du système judiciaire; elle sera de préférence scindée en sous-commissions au niveau provincial. La pratique aux Pays-Bas montre qu'un tel système fonctionne correctement. Dans une autre option, le contrôle préalable peut également être effectué par un médecin du SCEN (SCEN = *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*); les médecins du SCEN ont reçu une formation en soins palliatifs et assistent d'autres médecins lorsque ceux-ci sont confrontés à une demande d'euthanasie.

La pratique néerlandaise tend de plus en plus à étendre le contrôle préalable, ce qui n'est pas illogique étant donné l'importance de la décision à prendre.

M. Fred Erdman (SP.A) estime que pour composer une commission de contrôle préalable, il est tout de même difficile de ne pas tenir compte de la diversité des conceptions philosophiques existant dans la société. Si les principales tendances politiques et philosophiques désignent chacune un expert de chaque type, l'organe de contrôle deviendra toutefois trop étendu pour fonctionner de manière souple. Il faut également tenir compte du fait que la commission de contrôle rend *de facto* un avis contraignant qui s'imposera tant au médecin qu'au ministère public.

Le Comité des Droits de l'homme des Nations Unies déclare que la commission de contrôle néerlandaise, non cloisonnée ne fonctionne pas. Cela ne prouve-t-il pas que les différentes tendances doivent être représentées au sein d'un tel organe ?

M. Hugo Coveliers (VLD) déclare que le seul élément objectif devant fonder une décision relative à l'application de l'euthanasie est l'état du patient. Pourquoi M. Adams veut-il tout de même inclure différents experts dans la commission de contrôle et faire s'accomplir ainsi un contrôle aussi large ?

M. Maurice Adams défend dans le contexte du projet un large contrôle préalable parce que le projet de loi permet de pratiquer l'euthanasie sur des personnes qui ne se trouvent pas en phase terminale. Si le législateur réservait la possibilité d'arrêt actif de la vie aux seuls patients en phase terminale, il estime qu'un contrôle préalable moins large serait suffisant. Le comité des droits de l'homme des Nations unies ne précise pas pourquoi la commission de contrôle ne fonctionne pas; il n'est donc pas du tout prouvé que c'est la composition non cloisonnée qui est à l'origine de ce mauvais fonctionnement.

M. Fernand Keuleneer s'oppose à un contrôle *a priori*. D'une façon plus générale, il met en garde contre l'instauration de mécanismes de contrôle trop nombreux. Si le législateur opte pour la dépénalisation de l'euthana-

nasie uit het strafrecht te halen, moet hij zo precies mogelijk aangeven in welke gevallen levensbeëindiging op verzoek toelaatbaar is. Indien een arts dan wordt geconfronteerd met de vraag van een patiënt die onder het toepassingsgebied van de wet ressorteert, dient de wil van de patiënt te primeren.

Mevrouw J. Schauvliege (CD&V) vraagt of de voorafgaande toetsing van de naleving van de criteria niet zou kunnen worden toevertrouwd aan een wetsdokter. Dit kan misschien de middenweg zijn tussen het medische en het juridische aspect. Is dit niet een systeem vergelijkbaar met dit in Nederland ?

Professor Nys vraagt wat men verstaat onder een wetsdokter. Dat maakt voor hem geen verschil en zal ook geen verbetering van deze toetsing meebrengen.

Professor Adams verduidelijkt dat in Nederland een systeem van SCEN-artsen werd ingevoerd. Dit zijn echter speciaal opgeleide geneesheren die een ondersteunende rol spelen tussen arts en patiënt. Ze worden geconsulteerd wanneer een arts wordt geconfronteerd met concrete vraag naar euthanasie. Dit is een goedwerkend systeem en ook een vorm van voorafgaande toetsing. Dit kan een goede optie zijn.

Mevrouw A. Van de Casteele (VU-ID) wil weten of ook in België een voorafgaande toetsing moet worden ingevoerd. Ze is daar niet *a priori* voorstander van. Ze vraagt zich af of een systeem zoals de SCEN-artsen in Nederland ook hier zou moeten worden ingevoerd. De commissie voor de Volksgezondheid zag daarvoor bij voorkeur een rol voor een palliatieve filter. De palliatieve teams, die reeds werken, kunnen deze taak op zich nemen en het is niet nodig te voorzien in de opleiding van nog bijkomende specialisten.

Professor Adams is het ermee eens dat men een SCEN-arts als een vorm van palliatieve zorg kan omschrijven. Het moet wel duidelijk zijn dat palliatieve zorg ruimer is dan alleen pijnbestrijding.

Mevrouw F. Talhaoui (Agalev-Ecolo) merkt op dat professor Nys de wetgever verwijt geen duidelijke definitie te geven van het correct medisch handelen bij de uitvoering van de euthanasie. Is dit een taak voor de wetgever of eerder een vraag van medische deontologie. Bovendien wil ze ook meer uitleg over het honorarium dat een arts die euthanasie uitvoert daarvoor krijgt, moet dit gezien worden als een soort risico-uitkering.

Professor Nys zegt dat voor het medisch handelen de artsen kunnen terugvallen op deontologie. Dit is echter niet het geval voor de uitvoering van euthanasie, dat geen medisch handelen is. Er bestaan dan ook geen normen over hoe de zorgvuldigheidsnorm voor het uitvoeren van de euthanasie moet worden ingevuld. De wet zou dit moeten bepalen want men zet een grote stap in het duister. Dit hoeft niet voor medisch handelen. In de wet moet worden bepaald dat het euthanaserend

sie, il doit préciser autant que possible les cas dans lesquels il peut être mis fin à la vie sur demande. Si le médecin est confronté à un patient formulant une demande d'euthanasie et relevant du champ d'application de la loi, c'est la volonté du patient qui doit l'emporter.

Mme J. Schauvliege (CD&V) demande si le contrôle *a priori* du respect des critères ne pourrait être confié à un médecin légiste. Cela pourrait peut-être constituer la voie intermédiaire entre l'aspect médical et l'aspect juridique. Ne s'agit-il pas d'un système comparable au système néerlandais ?

Le professeur Nys demande ce que l'on entend par médecin légiste ? Pour lui, cela ne fait aucune différence et cela n'améliorera pas le contrôle.

Le professeur Adams précise qu'aux Pays-Bas, on a créé un réseau de médecins SCEN. Il s'agit cependant de médecins ayant bénéficié d'une formation spéciale, qui jouent un rôle de soutien entre le médecin et le patient. Il y fait appel à eux lorsqu'un médecin est confronté à une demande concrète d'euthanasie. Ce système fonctionne bien et constitue aussi une forme de contrôle *a priori*. Cela peut être une option intéressante.

Mme A. Van de Casteele (VU-ID) demande s'il faut également instaurer un contrôle préalable en Belgique. Elle n'est pas acquise d'emblée à cette idée. Elle demande si l'on ne pourrait pas créer en Belgique un système analogue au réseau de médecins SCEN. La commission de la Santé publique était d'avis de faire jouer de préférence à ce système le rôle de filtre palliatif. Les équipes de soins palliatifs qui sont déjà en activité pourraient s'acquitter de cette tâche et il n'est pas nécessaire de prévoir la formation d'autres spécialistes.

Le professeur Adams partage cet avis et estime que l'on pourrait décrire le réseau SCEN comme une forme de soins palliatifs. Il faut toutefois préciser clairement que la notion de soins palliatifs est plus large que la simple prise en charge de la douleur.

Mme F. Talhaoui (Agalev-Ecolo) fait observer que le professeur Nys reproche au législateur de ne pas définir clairement l'acte euthanasique médicalement correct. Appartient-il au législateur de le faire ou cette définition relève-t-elle de la déontologie médicale ? L'intervenante demande également des précisions concernant les honoraires que percevra le médecin qui pratique un acte euthanasique. Faut-il considérer cette rémunération comme une prime de risque ?

Le professeur Nys précise qu'en ce qui concerne l'acte médical, les médecins peuvent se baser sur la déontologie. Ce n'est toutefois pas le cas en ce qui concerne la pratique de l'euthanasie qui n'est pas un acte médical. Il n'existe dès lors aucune norme régissant la manière dont le principe de rigueur doit être appliqué. La loi devrait combler cette lacune, parce que l'on fait un grand pas dans l'inconnu. Il faut prévoir dans le loi que l'acte euthanasique doit être pratiqué de manière rigoureuse. Les

handelen op een zorgvuldige wijze moet gebeuren. De zorgvuldigheidscriteria die in de wet staan slaan op de wijze van besluitvorming en niet op de wijze van uitvoering. Een patiënt zou immers een *claim* kunnen beginnen wanneer een euthanasie niet goed werd uitgevoerd door onzorgvuldigheid. De Nederlandse wet is op dat punt zeer duidelijk en bepaalt dat het euthanaserend handelen op een zorgvuldige wijze moet gebeuren.

Ook de honoraria zouden moeten worden behandeld. Noch over honoraria voor het levensbeëindigend handelen in de strikte zin van het woord, noch voor begeleidende handelingen wordt iets bepaald in het wetsontwerp. En ook de terugbetaling door het ziekenfonds wordt niet geregeld. Deze vragen gaan zeker worden gesteld en het zou toch nuttig zijn deze materie te regelen.

critères de rigueur prévus par la loi en projet concernent le mode de prise de décision et non la manière dont l'acte est accompli. Un patient pourrait en effet intenter une action en vue d'obtenir un dédommagement si l'acte euthanasique n'a pas été bien accompli par manque de rigueur. La loi néerlandaise est sans équivoque à cet égard et dispose que l'acte euthanasique doit être accompli avec rigueur.

Le législateur devrait également intervenir en matière d'honoraires. Le projet de loi à l'examen est muet quant aux honoraires dus pour l'acte euthanasique au sens strict et pour les actes connexes. La question du remboursement par les organismes assureurs n'est pas réglée non plus. Ces questions seront certainement posées et il serait utile de régler cette matière.

VI. — **ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING**

Artikel 1

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) c.s. dienen een amendement in, luidend als volgt :

« Artikelen 1 tot 16

Deze artikelen weglaten.

VERANTWOORDING

De indieners van dit amendement zijn van oordeel dat de euthanasieproblematiek niet dient te worden weggehaald uit de strafrechtelijke sfeer. Het is uiteindelijk de rechterlijke macht die uitspraak dient te doen in deze aangelegenheden.

De echte alternatieven zijn te situeren binnen de palliatieve zorgverstrekking. De vraag naar euthanasie verdwijnt vrijwel volledig wanneer de reeds ver gevorderde technieken van de palliatieve zorg worden toegepast.

Het menselijk leven is absoluut en dient met de grootst mogelijke omzichtigheid te worden benaderd. Een wetswijziging kan enkel een evolutie inzetten die leidt tot een verzwakking van het absoluut karakter voor het menselijk leven. Deze verzwakking ontmenselijkt onze samenleving, wat onaanvaardbaar is. Vermits voor de indieners de waardigheid van het stervensproces een belangrijke zorg is en hoewel de grootst mogelijke terughoudendheid in acht moet worden genomen ten overstaan van actieve euthanasie, zijn pijnstillende middelen aanvaardbaar, ook als ze het stervensproces ongewild zouden verkorten. » (amendement nr 16, DOC 50 1488/003).

Over dit artikel worden geen andere opmerkingen gemaakt.

Art. 2

De heer Fred Erdman (SP.A), voorzitter, herinnert eraan dat dit artikel een algemene definitie van euthanasie geeft, waarin nog niet wordt gepreciseerd in welke omstandigheden het niet om een misdrijf gaat. Daarom wordt verwezen naar « een andere », zonder al te vereisen dat het om een arts gaat.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) maakt zich zorgen over het feit dat er in het wetsontwerp geen bepalingen over de apothekers zijn opgenomen, terwijl zij juist de producten waarmee euthanasie wordt uitgevoerd, ter hand zullen stellen.

VI. — **DISCUSSION DES ARTICLES**

Article 1er

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) et consorts déposent un amendement rédigé comme suit :

« Articles 1er à 16

Supprimer les articles 1er à 16.

JUSTIFICATION

Les auteurs de cet amendement estiment qu'il ne convient pas de dépénaliser l'euthanasie. C'est en fin de compte au pouvoir judiciaire qu'il appartient de statuer en la matière.

Les véritables alternatives se situent au niveau des soins palliatifs. La demande d'euthanasie disparaît quasi complètement lorsque l'on recourt à la médecine palliative, un domaine dans lequel on a déjà enregistré d'importants progrès.

Le respect de la vie humaine doit être absolu et cette problématique doit être abordée avec la plus grande circonspection. Toute modification de la loi ne peut que déboucher sur une évolution entraînant un affaiblissement du caractère absolu du respect de la vie humaine. Cet affaiblissement déshumanise notre société, ce qui est inadmissible. Dès lors que les auteurs sont très soucieux du respect de la dignité de l'agonie et bien que l'euthanasie active doive faire l'objet des plus grandes réserves, l'administration d'analgésiques est admissible même si ceux-ci abrègent involontairement l'agonie. » (amendement n° 16, DOC 50 1488/003).

L'article 1er ne donne lieu à aucun autre commentaire

Art. 2

M. Fred Erdman (SP.A), président, rappelle que cet article définit l'euthanasie de manière générale, sans encore préciser les conditions dans lesquelles celle-ci ne constituera pas une infraction. C'est la raison pour laquelle il est fait référence à « un tiers », sans déjà requérir que ce tiers soit un médecin.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) s'inquiète de l'absence dans le projet de dispositions relatives aux pharmaciens, alors que ceux-ci seront amenés à délivrer les produits qui serviront à pratiquer l'euthanasie.

Wat zal er gebeuren als de arts de door de wet voorgeschreven voorwaarden en procedure niet naleeft ? Het verdient de voorkeur een bepaling op te nemen die uitdrukkelijk de verantwoordelijkheid van de apothekers regelt.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) is het daarmee eens en onderstreept dat de apotheker helemaal niet kan weten of de arts de bij de wet voorgeschreven procedure heeft gevolgd. Als zulks niet het geval is, zou hij medeplichtig zijn aan een misdrijf.

Voorts is het verontrustend vast te stellen dat in de definitie zelf van euthanasie niet de voorwaarden zijn opgenomen die de arts moet naleven om euthanasie te mogen uitvoeren. Het zou beter zijn euthanasie in het Strafwetboek op te nemen en er de gevallen bij te vermelden waarin geen vervolging mogelijk is.

De heer Fred Erdman (SP.A) verklaart dat de rol van de apotheker beperkt blijft tot de terhandstelling van de producten en dat hij er dus niet toe kan worden gebracht euthanasie uit te voeren, zoals die handeling in artikel 2 van het wetsontwerp is bepaald.

Als de apotheker er zich dus toe heeft beperkt de producten ter hand te stellen binnen de perken van het voorschrift van de arts, kan hij niet worden beschuldigd. De verantwoordelijkheid van de apotheker bij een verzoek om producten die voor een euthanasie moeten dienen, reikt dus niet verder dan zijn gewone verantwoordelijkheid : hij mag die producten alleen maar verschaffen als ze door een arts zijn voorgeschreven, en hij moet de op het voorschrift vermelde dosissen in acht nemen. Hij moet er zich ook van vergewissen dat een arts de euthanasie zal uitvoeren.

Euthanasie moet niet in het Strafwetboek worden opgenomen, aangezien het verbod om te doden één van de fundamentele principes in het strafrecht is. De wet betreffende de euthanasie heeft alleen maar tot doel te bepalen in welke omstandigheden iemand die het leven van een ander heeft beëindigd, van alle verantwoordelijkheid is ontheven.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) herinnert eraan dat een apotheker die geneesmiddelen ter hand heeft gesteld volgens het voorschrift van een arts, thans niet kan worden vervolgd als die producten niet correct zijn gebruikt, bijvoorbeeld voor een zelfdoding. Hetzelfde geldt bij euthanasie. De apotheker beschikt over een juridische bescherming : het voorschrift van de arts.

De heer Jacques Germeaux (VLD) verwijst naar de besprekingen van de commissie voor de Volksgezondheid terzake en onderstreept dat de apotheker de door de arts voorgeschreven maximumdosissen moet naleven.

De heer Yvan Mayeur (PS) voegt eraan toe dat het belangrijk is te voorkomen dat de apothekers, en vooral de apothekers die in ziekenhuisapotheken werken, denken dat het wettelijk gevaarlijk is een arts die hen erom

Qu'arrivera-t-il si le médecin ne respecte pas les conditions et la procédure prescrits par la loi ? Il vaudrait mieux prévoir une disposition qui règle explicitement la responsabilité des pharmaciens.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) abonde en ce sens et souligne que le pharmacien ne peut en aucune manière savoir si le médecin suivra la procédure prévue dans la loi. Si tel n'était pas le cas, il se rendrait complice d'une infraction.

D'autre part, il est inquiétant de constater que la définition de l'euthanasie ne reprenne pas elle-même les conditions que le médecin doit respecter pour pouvoir pratiquer une euthanasie. Il serait préférable d'insérer l'euthanasie dans le code pénal, en précisant les cas dans lesquels celle-ci ne pourrait être poursuivie.

M. Fred Erdman (SP.A) explique que le rôle du pharmacien se limite à délivrer les produits, et qu'il ne peut donc être amené à pratiquer une euthanasie tel que cet acte est défini à l'article 2 du projet de loi.

Si donc le pharmacien s'est limité à fournir les produits dans les limites de la prescription établie par le médecin, il ne pourra être incriminé. La responsabilité du pharmacien en cas de demande de produits devant servir à une euthanasie n'excède donc pas sa responsabilité habituelle : il ne peut délivrer les produits que si ceux-ci sont prescrits par un médecin, et il doit respecter les doses reprises sur la prescription. Il devra également s'assurer que c'est un médecin qui pratiquera l'euthanasie.

Concernant l'insertion de l'euthanasie dans le Code pénal, celle-ci n'est pas nécessaire puisque l'interdiction de tuer est l'un des principes fondamentaux du droit pénal. La loi relative à l'euthanasie n'a pour but que de préciser dans quelles conditions une personne ayant mis fin à la vie d'une autre personne est exonérée de toute responsabilité.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) rappelle que, actuellement, un pharmacien ayant délivré des médicaments conformément aux prescriptions d'un médecin ne peut être poursuivi si ces produits sont utilisés de façon incorrecte, par exemple pour un suicide. Il en sera de même en cas d'euthanasie. Le pharmacien dispose donc d'une protection juridique : la prescription du médecin.

M. Jacques Germeaux (VLD) renvoie aux discussions de la commission de la Santé publique sur la question et souligne que le pharmacien doit respecter les doses maximales prescrites par le médecin.

M. Yvan Mayeur (PS) ajoute qu'il importe d'éviter que les pharmaciens, et particulièrement ceux qui travaillent dans les officines hospitalières, imaginent qu'il est légalement dangereux de fournir à un médecin qui le leur

verzoekt, de producten te bezorgen waarmee deze euthanasie kan uitvoeren. Men moet de apothekers dus de meest absolute rechtszekerheid bieden en herbevestigen dat aangezien zij de geneesmiddelen ter hand hebben gesteld volgens de voorschriften van de arts, zij niet zullen kunnen worden vervolgd voor een euthanasie die is uitgevoerd in omstandigheden die niet in overeenstemming zijn met die in de wet.

Er zij trouwens herinnerd aan artikel 14 dat bepaalt dat niemand « kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie », en dat de apothekers dus het recht hebben te weigeren de nodige producten ter hand te stellen.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) acht het moeilijk denkbaar dat men de patiënt toestaat te verzoeken om euthanasie, die een actieve inbreng van de arts veronderstelt, zonder dat hem de mogelijkheid wordt geboden zelf een einde aan zijn leven te maken. Het zou dus wenselijk zijn de hulp bij zelfdoding op te nemen in de definitie van euthanasie. Die zou maar plaats kunnen hebben als de patiënt terminaal ziek is en als ook alle nodige voorwaarden zijn vervuld om euthanasie mogelijk te maken.

De spreekster dient bijgevolg met de heer Borginon een amendement in, luidend als volgt :

« Een tweede lid toevoegen, luidende :

« Hulp bij zelfdoding wordt als volgt gedefinieerd : het opzettelijk behulpzaam zijn van een ander bij zelfdoding of hem de middelen daartoe verschaffen. ».

VERANTWOORDING

Hulp bij zelfdoding kan beschouwd worden als een alternatief voor euthanasie bij mensen die het initiatief liever in eigen hand hebben en daar ook nog toe bekwaam zijn. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld wordt, in situaties waar hier euthanasie zou gepleegd worden, veeleer geholpen bij die zelfdoding van patiënten. Het is dan ook logisch dat deze handeling aan dezelfde strikte voorwaarden moet voldoen als euthanasie. Daarenboven is het onaanvaardbaar dat weldra voor euthanasie een wettelijke regeling is uitgewerkt, maar voor hulp bij zelfdoding een juridische lacune ontstaat. Deze laatste handeling zou, met andere woorden, ook als aan de nodige zorgvuldigheidsvereisten werd voldaan, strafbaar blijven.

Hulp bij zelfdoding ligt moeilijk in het huidige debat vooral omwille van het feit dat ook niet-terminale patiënten om euthanasie kunnen vragen. Niettemin heeft hulp bij zelfdoding niets te maken met het begrip terminaal of niet-terminaal. Hulp bij zelfdoding in de context van het wetsvoorstel heeft ook niets te maken met hulp bij welke vorm van zelfdoding ook die niet kadert in de

demande les produits permettant de pratiquer une euthanasie. Il faut donc donner la sécurité juridique la plus absolue aux pharmaciens, et réaffirmer qu'ils ne pourront être poursuivis pour une euthanasie pratiquée dans des conditions non conformes à celles décrites dans la loi, dès lors qu'ils auront délivré les médicaments conformément aux prescriptions du médecin.

Il convient par ailleurs de rappeler que l'article 14 dispose qu'aucune personne « n'est tenue de participer à une euthanasie », et que les pharmaciens ont donc le droit de refuser de délivrer les produits nécessaires.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) considère qu'il serait difficilement concevable que l'on permette au patient de demander l'euthanasie, qui suppose une intervention active de médecin, sans lui donner la possibilité de mettre lui-même fin à ses jours. Il serait donc souhaitable d'intégrer l'aide au suicide dans la définition de l'euthanasie. Celle-ci ne pourrait avoir lieu que si le patient est en phase terminale et si toutes les conditions nécessaires pour qu'une euthanasie puisse être pratiquée sont également réunies.

L'intervenante dépose par conséquent avec M. Borginon un amendement libellé comme suit :

« Compléter cet article par un alinéa 2, rédigé comme suit :

« Par assistance au suicide, il y a lieu d'entendre le fait d'aider intentionnellement une personne à se suicider ou de lui en procurer les moyens. ».

JUSTIFICATION

L'assistance au suicide peut être considérée comme un substitut de l'euthanasie chez les personnes qui préfèrent garder l'initiative et en ont encore la capacité. Aux États-Unis par exemple, dans des situations où l'on pratiquerait chez nous l'euthanasie, on aide plutôt les patients à mettre fin à leurs jours. Il est donc logique que cette pratique doive répondre aux mêmes conditions strictes que l'euthanasie. En outre, il est inacceptable que l'on dispose bientôt d'une réglementation légale pour l'euthanasie, tandis qu'une lacune juridique apparaîtrait en ce qui concerne l'assistance au suicide. Autrement dit, cette pratique resterait punissable alors même que toutes les règles de prudence auraient été respectées.

Si l'assistance au suicide fait problème dans le débat actuel, c'est surtout parce que les patients en phase non terminale peuvent également faire une demande d'euthanasie. Or, l'assistance au suicide n'a rien à voir avec la notion de phase terminale ou non terminale. L'assistance au suicide dans le contexte de la proposition de loi n'a rien à voir non plus avec une assistance à une quelcon-

zorgvuldigheidsvereisten die wij hier hebben bepaald. Het gaat enkel om die situaties waar patiënten in dezelfde nood verkeren als bij euthanasie : ondraaglijk lijden dat niet kan gelenigd worden, doch waarbij de patiënt zelf de handeling wenst uit te voeren. Bepaalde patiënten immers houden eraan om hun autonomie volledig te behouden, anderen willen hun arts niet voor een ethisch dilemma plaatsen. Uit de verdere amendementen zal ook blijken dat de arts, die hulp bij zelfdoding biedt, aan alle voorwaarden moet voldoen waar een arts, die euthanasie pleegt, aan voldoet. Enkele argumenten om hulp bij zelfdoding te betrekken bij dit wetsvoorstel. Als men de term HALP (hulp van artsen bij het levenseind van hun patiënt) gebruikt, spreekt men over vier soorten handelingen. De eerste groep bestaat uit het opdrijven van de pijnstilling, het staken van hulp en dergelijke. Deze begrippen wensen we nu niet te regelen. De rechtszekerheid van artsen en patiënten moet via een wet op patiëntenrechten geregeld worden. Bij de tweede heeft men het over euthanasie, bij de derde over hulp bij zelfdoding en tot slot over een vierde groep handelingen : het toedienen van euthanasie zonder vraag van de patiënt. Deze laatste handelingen zijn natuurlijk onaanvaardbaar en blijven volledig strafbaar. Blijven er in gans de groep HALP-handelingen, euthanasie en hulp bij zelfdoding die zo dicht bij mekaar liggen dat ze in één tijd moeten geregeld worden. Het is trouwens zo dat in alle wetenschappelijke medische literatuur deze begrippen voortdurend samen onderzocht en behandeld worden, ze lopen vaak door mekaar. Ik verwijs hiervoor naar de The New England Journal of Medicine *2000; 342 : 551-556 en hetzelfde tijdschrift 1996; 335 : 1699-1705 en 1996; 335 : 1706-1711. Ook in het buitenland worden de begrippen samen geregeld : in Nederland is er de gedoogregeling die sinds 1994 bestaat die euthanasie én hulp bij zelfdoding regelt, zo ook in de nieuwe wet op euthanasie.*

Ook in Zwitserland spreekt de parlementaire motie (RUFY) over euthanasie en hulp bij zelfdoding. In de Verenigde Staten is de verhouding tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding omgekeerd van de Europese tendens : er is veel hulp bij zelfdoding en zelden euthanasie. Maar ook daar wordt de discussie samen gevoerd. Tot slot zou ik willen verwijzen naar prof. de heer Adams in Ethische Perspectieven, KU-Leuven, juli 2000, blz. 112-123. Hij zegt het volgende : « Wat overigens wel in een nieuwe wet geregeld zou moeten worden, maar tot nog toe in alle wetsvoorstellen ontbreekt, is de zogenaamde hulp bij zelfdoding. Dit gebrek is buitengewoon opmerkelijk. Welke zin heeft het echter om wel het « meerdere » te regelen maar niet het « mindere » ? Hulp bij zelfdoding is eveneens als euthanasie geen que forme de suicide qui ne cadrerait pas avec les critères de prudence que nous avons retenus ici. Il s'agit uniquement des situations dans lesquelles les patients se trouvent dans la même détresse que dans le cadre de l'euthanasie : une souffrance insupportable qui ne peut être apaisée, sauf que le patient souhaite accomplir l'acte lui-même. Certains patients tiennent en effet à conserver toute leur autonomie et d'autres ne veulent pas placer leur médecin devant un dilemme éthique. Les amendements suivants montreront eux aussi que le médecin qui prête son concours à un suicide doit satisfaire à toutes les conditions auxquelles est soumis le médecin qui pratique une euthanasie. Plusieurs arguments justifient d'étendre le présent projet à l'assistance au suicide. Lorsque l'on parle de l'aide apportée par les médecins aux patients en fin de vie, on vise quatre catégories d'actes. Les actes de la première catégorie consistent à augmenter la dose d'analgésiques, à arrêter toute forme d'assistance, etc. Nous ne souhaitons pas réglementer ces notions maintenant. La sécurité juridique des médecins et des patients devra être réglée par le biais d'une loi sur les droits des patients. La deuxième catégorie concerne l'euthanasie et la troisième, l'assistance au suicide. Quant à la quatrième catégorie, elle concerne l'euthanasie pratiquée sans que le patient en ait fait la demande. Les actes de cette dernière catégorie sont bien sûr inacceptables et restent pleinement punissables. Restent, dans tout le groupe des actes relevant de l'aide apportée par les médecins aux patients en fin de vie, l'euthanasie et l'assistance au suicide, qui sont des notions tellement proches qu'il faut les traiter en même temps. De fait, la littérature médicale scientifique étudie et traite toujours ces notions ensemble et elles se chevauchent souvent. À cet égard, on se reportera au New England Journal of Medicine *2000; 342 : 551-556, 1996; 335 : 1699-1705 et 1996; 335 : 1706-1711. À l'étranger aussi, ces notions sont traitées simultanément : les Pays-Bas appliquent, depuis 1994, un régime de tolérance qui règle l'euthanasie et l'assistance au suicide; il en va de même dans la nouvelle loi sur l'euthanasie.*

En Suisse, la motion parlementaire (RUFY) traite de l'euthanasie et de l'assistance au suicide. Aux États-Unis, le rapport entre l'euthanasie et l'assistance au suicide est inversé par rapport à la tendance européenne : l'assistance au suicide est beaucoup pratiquée et l'euthanasie ne l'est que rarement. Mais là-bas aussi, la discussion réunit les deux aspects. Enfin, nous voudrions citer le professeur M. Adams, dans Ethische Perspectieven, KU-Leuven, juillet 2000, pp. 112-123 : « Ce qu'une nouvelle loi devrait par contre réglementer et qui fait jusqu'ici défaut dans toutes les propositions de loi, c'est ce qu'on a appelé l'assistance au suicide. Cette lacune est tout à fait singulière. À quoi cela sert-il de réglementer le « plus » si on ne réglemente pas le « moins » ? À l'instar de l'euthanasie, l'assistance au

gewone medische handeling en kan volgens mij wel degelijk, zij het op een indirecte wijze onder de werking van de strafwet worden gebracht. ».

*Daarenboven kan men verwijzen naar het advies van de Raad van State die ervoor pleit dat de begeleiding van zelfdoding zou vallen binnen de werkingssfeer van de voorgestelde wet betreffende de euthanasie. Hulp bij zelfdoding kan immers beschouwd worden als het niet bijstaan van een persoon in gevaar, hetgeen bestraft wordt bij artikelen 422*bis *en 422*ter *van het Strafwetboek, dus moet er evenzeer als voor euthanasie een wettelijke regeling worden uitgewerkt. De Raad van State zegt letterlijk : « Het is goed denkbaar dat begeleiding van zelfdoding verloopt met naleving van de voorwaarden die in het voorstel worden bepaald of van soortgelijke voorwaarden. In dat geval bestaat er bijna geen verschil wat de aard zelf betreft van het bedoelde gedrag en van de bedoelingen van de persoon die bijstand verleent aan een persoon met neigingen tot zelfdoding, tussen euthanasie in de zin van artikel 2 van het wetsvoorstel en medische begeleiding van zelfdoding. Het is dan ook niet duidelijk waarom de voorgestelde wet geen betrekking heeft op het gedrag van de arts die dodelijke substanties ter beschikking stelt van de patiënt op diens verzoek, waarbij men hem de keuze laat van het ogenblik van zijn overlijden. ». De Raad van State bepleit verder dat deze discriminatie moet worden weggewerkt : « Het komt de wetgever toe om ook dat aspect van de stervensbegeleiding te regelen (ofwel aanvaardbare motieven aan te reiken die dit onderscheid kunnen verklaren). ». Om al deze redenen is het aangewezen om een aantal amendementen in te dienen die tegemoet komen aan dit probleem. ».* (amendement nr 1, DOC 50 1488/002)

Mevrouw Fauzaya Talhaoui (Agalev-Ecolo) stelt zich vragen over de samenhang van bepaalde voorstellen die er de nadruk op leggen dat aan de apothekers meer rechtszekerheid moet worden geboden en tegelijkertijd ertoe strekken hulp bij zelfdoding toe te laten. Hulp bij zelfdoding geeft de apotheker immers nog minder rechtszekerheid, aangezien die er in dat geval nog minder van verzekerd is dat de in de wet opgesomde voorwaarden zijn vervuld, in het bijzonder die welke bepaalt dat de persoon die de patiënt bij zijn zelfdoding helpt, een arts moet zijn.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) antwoordt dat de verantwoordelijkheid van de apotheker onveranderd blijft : zijn rol is ertoe beperkt op voorschrift van de arts de middelen te bezorgen om het leven te beëindigen.

De heer Hugo Coveliers (VLD) vraagt zich af wat het nut is van het door mevrouw Van de Casteele en de heer Borginon ingediende amendement. Het is niet nodig het vraagstuk van de hulp bij zelfdoding op te nemen

suicide n'est pas un acte médical ordinaire mais elle relève à mon sens, fût-ce indirectement, du champ d'application de la loi pénale. ».

*L'on peut de surcroît se référer à l'avis du Conseil d'État qui prône de faire relever l'assistance au suicide du champ d'application de la loi proposée relative à l'euthanasie. L'assistance au suicide peut en effet être considérée comme une forme de non-assistance à personne en danger, incriminée par les articles 422*bis *et 422*ter *du Code pénal, de telle sorte qu'il convient d'arrêter un régime légal en la matière, comme pour l'euthanasie. Le Conseil d'État pose textuellement : « Il peut en revanche se concevoir que l'assistance au suicide se déroule dans le respect des conditions prévues par la proposition, ou dans des conditions équivalentes. Dans ce cas, il n'y a guère de différence, quant à la nature même du comportement visé et des intentions de la personne assistant une personne suicidaire, entre l'euthanasie au sens de l'article 2 de la proposition de loi et l'assistance médicale au suicide. On comprend dès lors mal pourquoi la loi proposée ne vise pas le comportement du médecin qui met des substances létales à la disposition d'un patient à la demande de ce dernier, tout en lui laissant le choix du moment de sa mort. ». Le Conseil préconise ensuite de supprimer cette discrimination : « Il appartient au législateur soit de régler également cet aspect de la mort assistée soit, en tout cas, de pouvoir s'autoriser de motifs (...) admissibles (...) pour lesquels cette distinction est faite (...). » Il s'impose donc de déposer une série d'amendements visant à solutionner ce problème. »* (amendement n° 1, DOC 50 1488/002).

Mme Fauzaya Talhaoui (Agalev-Ecolo) s'interroge sur la cohérence de certaines propositions, qui mettent l'accent sur la nécessité d'augmenter la sécurité juridique des pharmaciens et en même temps tendent à permettre l'aide au suicide. L'aide au suicide donne en effet encore moins de sécurité juridique au pharmacien puisque celui-ci est, dans ce cas, encore moins assuré que les conditions énumérées par la loi seront respectées, et en particulier celle qui requiert que ce soit un médecin qui assiste le patient dans son suicide.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) répond que la responsabilité du pharmacien reste inchangée : son rôle se borne à fournir, sur prescription d'un médecin, les moyens permettant de mettre fin à la vie.

M. Hugo Coveliers (VLD) se pose la question de l'utilité de l'amendement déposé par Mme Van de Casteele et M. Borginon. Il n'est pas nécessaire d'intégrer la problématique de l'aide au suicide dans une loi consacrée

in een wet die handelt over euthanasie. Er dient voorts te worden aangestipt dat zelfdoding op zich niet strafbaar is.

De heer Tony Van Parys (CD&V) deelt mee dat hij gekant is tegen het voorstel dat ertoe strekt hulp bij zelfdoding te legaliseren. Hij vraagt de voorstanders van het wetsontwerp te preciseren of ze die hulp in de huidige stand van zaken niet afkeurenswaardig vinden.

De heer Fred Erdman (SP.A) herinnert eraan dat het doel van de indieners van het wetsvoorstel in de Senaat erin bestond wetgevend werk inzake euthanasie te verrichten, en niet het oplossen van alle knelpunten die rijzen in verband met het levenseinde. Er zullen onvermijdelijk knelpunten overblijven na de goedkeuring van de wet, bijvoorbeeld over euthanasie bij minderjarigen. Hulp bij zelfdoding moet volgens de voorstanders van het wetsontwerp niet worden opgenomen in het wetsontwerp betreffende de euthanasie.

Met betrekking tot hulp bij zelfdoding moet er, net zoals de Raad van State heeft gedaan, aan worden herinnerd dat, terwijl de persoon die een einde aan zijn leven maakt vanzelfsprekend niet kan worden vervolgd, zulks niet het geval is voor de persoon die hem eventueel heeft bijgestaan; aan deze laatste zou ten laste kunnen worden gelegd dat hij bijstand heeft geweigerd aan een persoon in nood.

De heer Tony Van Parys (CD&V) wil er hoe dan ook op wijzen dat hulp bij zelfdoding volgens bepaalde sprekers alleen laakbaar is wanneer zulks valt onder de tenlastelegging « weigering van bijstand aan een persoon in nood ».

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vraagt of een arts de patiënt kan verzoeken zichzelf de levensbeëindigende stoffen toe te dienen. Zou de arts in dat geval worden ontslagen van de plicht een verslag op te stellen ? Zou de Commissie de controle waarmee zij is belast kunnen blijven uitoefenen ?

De heer Fred Erdman (SP.A) preciseert dat overeenkomstig het voorgestelde amendement nr 1, alleen verzuim van hulp aan iemand die in gevaar verkeert (artikel 422*bis* van het Strafwetboek) ten laste zou kunnen worden gelegd aan een persoon die een andere heeft geholpen bij diens zelfdoding, aangezien hij hem louter de middelen verschaft om een einde aan zijn leven te maken. Mocht het een positieve handeling betreffen, dan zouden de feiten opnieuw moeten worden omschreven, en zou artikel 422*bis* niet langer gelden.

Voorts zou een arts die zijn patiënt verzoekt zichzelf de euthanasiërende stoffen toe te dienen kunnen worden vervolgd, aangezien hij de in de wet opgesomde voorwaarden niet in acht heeft genomen.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) vindt het jammer dat een kunstmatig onderscheid wordt gemaakt tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het is van essentieel belang dat de patiënt de gelegenheid krijgt in alle waardigheid te sterven; met het oog daarop moet

à l'euthanasie. Il faut d'ailleurs constater que le suicide n'est pas en lui-même punissable.

M. Tony Van Parys (CD&V) fait part de son opposition à la proposition visant à légaliser l'aide au suicide. Il se demande aux défenseurs du projet de loi de préciser s'ils sont d'avis que cette aide n'est pas, dans l'état actuel des choses, répréhensible.

M. Fred Erdman (SP.A) rappelle que l'intention des auteurs de la proposition de loi au Sénat était de légiférer en matière d'euthanasie, et non de résoudre tous les problèmes qui se posent en fin de vie. Il est inévitable que des questions resteront posées après l'adoption de la loi, comme par exemple l'euthanasie des mineurs d'âge. L'aide au suicide, elle, ne doit pas, selon les défenseurs du projet de loi, être intégrée dans le projet de loi relatif à l'euthanasie.

Concernant l'aide au suicide, il faut rappeler, comme l'a fait le Conseil d'État, que si la personne qui met fin à ses jours ne peut bien évidemment pas faire l'objet de poursuites, il n'en est pas de même pour celle qui l'aurait éventuellement assistée, qui pourrait être inculpée pour non-assistance à personne en danger.

M. Tony Van Parys (CD&V) tient à relever que certains intervenants sont d'avis que l'aide au suicide est seulement répréhensible si elle tombe sous la qualification de non-assistance à personne en danger.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) demande si un médecin peut demander au patient de s'administrer lui-même les produits qui mettront fin à ses jours. Dans un tel cas, le médecin serait-il dispensé de rédiger un rapport ? La Commission pourrait-elle continuer à exercer son contrôle ?

M. Fred Erdman (SP.A) précise que, dans l'amendement n° 1 proposé, seule la non-assistance à personne en danger (article 422*bis* du Code pénal) pourrait être reprochée à la personne ayant aidé une autre à se suicider puisque celle-ci se borne à lui fournir les moyens qui lui permettront de mettre fin à ses jours. S'il devait s'agir d'un acte positif, les faits devraient être requalifiés et l'article 422*bis* ne trouverait plus à s'appliquer.

Par ailleurs, le médecin qui demanderait à son patient de s'administrer lui-même les produits euthanasiants serait passible de poursuites puisqu'il n'a pas respecté les conditions énumérées dans la loi.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) regrette qu'une distinction artificielle soit opérée entre l'euthanasie et l'aide au suicide. L'essentiel est de permettre au patient de mourir dans la dignité, et pour ce faire, il faut lui permettre, s'il réunit les conditions énoncées dans la

hem worden toegestaan om, met de hulp van iemand anders, zelf een einde aan zijn leven te maken indien hij voldoet aan de in de wet opgesomde voorwaarden en in een terminale fase verkeert.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) legt de nadruk op de controle die de arts moet uitoefenen en zijn verantwoordelijkheid bij hulp bij zelfdoding. Indien er bij iemands levenseinde geen arts aanwezig is, zou zulks kunnen leiden tot ontsporingen en tot sterfgevallen die niet langer in overeenstemming zijn met de menselijke waardigheid. De aanwezigheid van de arts vormt met andere woorden een fundamentele waarborg voor de inachtneming van de in de wet omschreven procedurele voorwaarden en procedures.

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 43 in, dat het artikel beoogt te vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 2. — Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de betrokkene, zulks in uitzonderlijke, ingevolge een noodsituatie gerechtvaardigde omstandigheden wanneer :

1° de betrokkene in de terminale fase van een ernstige en ongeneeslijke aandoening verkeert en aangeeft te lijden onder een voortdurend, niet te verzachten en ondraaglijk lijden dat met geen enkel ander middel kan worden gelenigd en het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

2° werd voorzien in alle noodzakelijke morele alsmede curatieve en palliatieve medische bijstand om het moreel en psychisch lijden van de betrokkene te verlichten en om diens waardigheid te vrijwaren. ».

VERANTWOORDING

In het ontworpen artikel 2 wordt ten onrechte gesproken over « handelen door een andere dan de betrokkene » terwijl bij de besprekingen en tijdens de hoorzittingen meermaals zeer duidelijk uiting is gegeven aan het voornemen om de verantwoordelijkheid voor een dusdanig ernstige handeling uitsluitend bij de arts te leggen.

In de eigenlijke definitie van euthanaserend handelen moet dus nader worden bepaald dat alleen een arts een dergelijke handeling kan verrichten.

Voorts is, zoals ik heb gesteld in mijn betoog tijdens de algemene bespreking, het verbod om te doden naast het verbod op incest en kannibalisme één van de drie oerbeginselen van onze maatschappij.

Het is van fundamenteel belang dat men euthanasie blijft beschouwen als een ethische en strafrechtelijke overtreding van het verbod om te doden, en dat dit verbod enkel mag worden overtreden in een noodsituatie.

loi et qu'il est en phase terminale, de mettre lui-même fin à ses jours, avec l'assistance d'une autre personne.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) insiste sur le contrôle que doit effectuer le médecin et sur sa responsabilité dans le cadre de l'aide au suicide. L'absence du médecin lors de la fin de la vie d'une personne pourrait mener à des dérives et à des morts qui ne fussent plus conformes à la dignité humaine. La présence du médecin est, en d'autres termes, une garantie fondamentale du respect des conditions et de la procédure décrits dans la loi.

M. Joseph Arens (PSC) dépose un amendement visant à remplacer cet article comme suit :

« Art. 2. — Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un médecin, qui, dans des circonstances exceptionnelles justifiées par l'état de nécessité, met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci lorsque :

1° cette personne se trouve en phase terminale d'une affection grave et incurable et fait état d'une souffrance physique et psychique constante inapaisable et insupportable, qui ne peut être soulagée par aucun autre moyen, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

2° toute l'assistance morale et médicale curative et palliative nécessaire pour soulager les souffrances morales et physiques de cette personne et préserver sa dignité a été fournie. ».

JUSTIFICATION

L'article 2 en projet parle, à tort, d'un « acte pratiqué par un tiers » alors qu'au cours des discussions et à l'occasion des auditions, la volonté a été à plusieurs reprises très clairement affirmée de réserver au seul médecin la responsabilité de poser un acte d'une telle gravité.

Il convient dès lors de préciser dans la définition même de l'acte d'euthanasie que seul un médecin peut poser un tel acte.

D'autre part, comme je l'ai indiqué au cours de mon intervention dans la discussion générale, l'interdit de tuer est un des trois principes fondateurs de notre société avec celui de l'inceste et de l'anthropophagie.

Il est essentiel que l'acte d'euthanasie demeure une transgression éthique et pénale de l'interdit de tuer et que seul l'état de nécessité puisse justifier une telle transgression.

Tijdens de onlangs gevoerde debatten werd nog herinnerd aan wat wel degelijk de bedoeling van de wetgever is, te weten dat de bepalingen terzake in het Strafwetboek niet zijn opgeheven en nog gelden. Het lijkt derhalve een tautologie aan het begrip noodtoestand te herinneren in de definitie. Toch draagt de wetgever de verantwoordelijkheid voor een duidelijk gepreciseerde omschrijving van diens oogmerk, teneinde scheeftrekkingen van welke aard ook te voorkomen.

Talrijke sprekers hebben onze aandacht erop gevestigd dat er nog aan moet worden herinnerd dat dergelijke scheeftrekkingen een reëel gevaar vormen.

De ontworpen bepaling heeft vanzelfsprekend een volkomen andere draagwijdte, en de boodschap die wij naar het middenveld uitdragen verschilt fundamenteel naargelang euthanasie wordt voorgesteld als een onder bepaalde voorwaarden wettelijk toegestane handeling, dan wel (zoals wij het zien) als de overtreding van een wettelijk en ethisch verbod, dat enkel in bijzondere en uitzonderlijke omstandigheden gerechtvaardigd is.

Het tweede lid van het amendement strekt ertoe twee nauwkeurig omschreven voorwaarden in te voegen om euthanasie te mogen toepassen.

Enerzijds is het onze bedoeling euthanasie te beperken tot de terminale fase van de ziekte, en anderzijds preciseren wij dat pijn, volgens de gehanteerde definitie, niet langer met enig ander middel kan worden gelenigd.

De arts moet er zich immers van vergewissen dat alle beschikbare middelen werden aangewend om de pijn te voorkomen en te verzachten : er moet zekerheid zijn dat de patiënt geen andersluidend verzoek had gedaan indien zijn levensomstandigheden anders waren geweest en de pijn die hij leed had kunnen worden verlicht of zelfs weggenomen.

De hoorzitting met dokter Desmedt heeft duidelijk aangetoond dat het verzoek volkomen anders luidt indien de pijn onder controle is.

De ethiek inzake het levenseinde berust weliswaar op het verbod om te doden, maar vooral op de plicht om de patiënt de gepaste verzorging te verstrekken. » (amendement n° 43, DOC 50 1488/006).

De heer Fred Erdman (SP.A) merkt op dat, hoewel in de in artikel 2 van het wetsontwerp vervatte definitie niet wordt verwezen naar een arts, personen die euthanasie toepassen en geen arts zijn strafbaar zouden blijven, zulks op grond van de artikelen 3 en volgende van het wetsontwerp welke de vereiste voorwaarden bevatten waaraan moet zijn voldaan opdat de euthanasie niet strafbaar is. Is het door de heer Arens ingediende amendement nr 43, dat verwijst naar euthanasie, trouwens niet overbodig gelet op artikel 71 van het Strafwetboek, waarin precies de voorwaarden staan opgesomd om te kunnen spreken van de verschoningsgrond « noodtoestand » ?

Même si telle est bien la volonté du législateur, encore rappelée au cours des récents débats, que, certes, les dispositions du Code pénal en la matière ne sont pas abrogées et restent applicables et que rappeler la notion d'état de nécessité dans la définition peut paraître une tautologie, il n'en demeure pas moins qu'il relève de la responsabilité du législateur, dans un débat de société aussi sensible, de bien préciser sa volonté afin de prévenir toute dérive possible.

De nombreux intervenants nous ont rendus attentifs à ces risques de dérives qui sont bien réels, est-il besoin de le rappeler.

La portée de la disposition en projet est évidemment toue autre et le message que nous transmettons à la société civile fondamentalement différent selon que l'acte d'euthanasie est présenté comme autorisé par la loi à certaines conditions ou, au contraire, comme nous le proposons, comme une transgression d'un interdit légal et éthique justifiée seulement par des circonstances particulières et exceptionnelles.

L'alinéa 2 de l'amendement insère deux conditions précises pour que l'acte d'euthanasie puisse être pratiqué.

D'une part, nous entendons limiter l'acte d'euthanasie à la phase terminale de la maladie et nous précisons, d'autre part, que la douleur, telle que définie, ne peut plus être soulagée par un autre moyen.

Le médecin doit en effet s'assurer que tous les moyens disponibles ont été mis en œuvre pour prévenir et soulager la douleur : il doit être certain que la demande du patient ne serait pas éventuellement différente si ses conditions de vie étaient modifiées et si la douleur qu'il ressent pouvait être réduite, voire supprimée.

L'audition du docteur Desmedt nous a bien montré que lorsque la douleur est maîtrisée, la demande est totalement différente.

Si l'éthique de la fin de vie repose sur l'interdit de tuer, elle repose surtout principalement sur le devoir positif du soin adéquat au patient. » (amendement n° 43, DOC 50 1488/006).

M. Fred Erdman (SP.A) signale que, même si la définition telle qu'elle est reprise à l'article 2 du projet ne fait pas référence à un médecin, les personnes qui pratiqueraient l'euthanasie en n'étant pas médecin resteraient punissables, et ce en vertu des articles 3 et suivants du projet qui énoncent les conditions qui doivent être réunies pour que l'euthanasie ne soit pas répréhensible. L'amendement n° 43 proposé par M. Arens, en ce qu'il se réfère à l'euthanasie, n'est-il pas par ailleurs redondant par rapport à l'article 71 du Code pénal, qui prévoit précisément les conditions dans lesquelles la cause d'excuse de l'état de nécessité peut jouer ?

De heer Joseph Arens (PSC) legt uit dat zijn amendement ertoe strekt nadere toelichtingen te verstrekken inzake de toepassing van artikel 71 van het Strafwetboek op gevallen van terminale patiënten.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) beklemtoont de noodzaak van een nauwkeurige, niet voor discussie vatbare definitie van het begrip « euthanasie ». Elk woord is dus van belang, en er kan alleen maar worden geconstateerd dat de voorgestelde definitie bijzonder vaag is; zo wordt bijvoorbeeld gewag gemaakt van een « andere dan de betrokkene », zonder enige verwijzing naar de voorwaarden waaronder euthanasie mag worden toegepast.

De definitie zou dan ook anders moeten worden geformuleerd om ervoor te zorgen dat ze een verwijzing naar de arts bevat, en dat daarin rechtstreeks wordt verwezen naar de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om euthanasie te mogen toepassen.

Ten slotte ware het wenselijk euthanasie op te nemen in het Strafwetboek.

Bijgevolg dient de spreekster amendement n^{r} 22 in, dat het artikel beoogt te vervangen als volgt :

« Art. 2. — Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt, gelet op de ondraaglijke en onbehandelbare pijn waaraan de patiënt lijdt en de medisch uitzichtloze terminale situatie waarin hij zich bevindt. ».

VERANTWOORDING

1. De hoorzittingen bevestigden dat de benaming « euthanasie » vele ladingen dekt. Zo werd duidelijk dat « euthanasie » vaak als « parapluterm » wordt gebruikt voor actief/passief medisch bemiddeld sterven, directe of indirecte opzettelijke levensbeëindiging, vrijwillige of onvrijwillige levensverkorting, ...

Het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek heeft in haar advies van 1997 geanticipeerd op deze verwarring, toen zij diende te adviseren nopens de wenselijkheid van een wettelijke regulering van « euthanasie ». Aldus wist zij deze mogelijke begripsverwarringen te ondervangen, door gebruik te maken van de definitie zoals die door de Nederlandse Staatscommissie werd gehanteerd, met name « het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek ». Euthanasie wordt als begrip dus niet gehanteerd voor het verantwoord staken of nalaten van een medische handeling of het verantwoord toedienen van pijnstillende middelen met levensverkortend effect (« de zogenaamde MBL's of medische beslissingen omtrent het levenseinde »).

M. Joseph Arens (PSC) explique que son amendement a pour but d'apporter des précisions quant à l'application de l'article 71 du Code pénal dans des situations de fin de vie.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) met l'accent sur la nécessité d'une définition précise de l'euthanasie, qui ne donne pas lieu à discussion. Chaque mot a donc son importance, et force est de constater que la définition proposée est particulièrement vague, parlant par exemple d'un « tiers » et ne faisant aucunement référence aux conditions nécessaires pour que l'euthanasie puisse être pratiquée.

Il faudrait donc que la définition soit reformulée, afin qu'elle fasse référence au médecin et qu'il soit directement renvoyé aux conditions nécessaires pour qu'une euthanasie puisse avoir lieu.

Enfin, il serait souhaitable que l'euthanasie fût intégrée dans le Code pénal.

L'intervenante dépose par conséquent l'amendement n° 22 visant à remplacer cet article par le texte suivant :

« Art. 2. — Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte pratiqué par un médecin, consistant à mettre fin intentionnellement à la vie du patient à la demande de celui-ci, compte tenu de la douleur intolérable et impossible à traiter dont souffre le patient et du caractère terminal de la situation médicalement sans issue dans laquelle il se trouve. ».

JUSTIFICATION

1. Les auditions ont confirmé que le terme « euthanasie » a des sens variables. C'est ainsi qu'il est apparu clairement que l'on désigne souvent par euthanasie, notamment l'intervention médicale active ou passive entraînant l'interruption de la vie, l'interruption volontaire directe ou indirecte de la vie, l'abrégement volontaire ou involontaire de la vie, ...

Dans son avis de 1997, le Comité consultatif de bioéthique a tenu compte de ce risque de confusion lorsqu'il a eu à donner un avis sur l'opportunité d'une réglementation légale de l'« euthanasie ». Il a su le prévenir en recourant à la définition de l'euthanasie qu'utilise la Nederlandse Staatscommissie. Pour elle, il s'agit de tout « acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci ». La notion d'euthanasie ne sert donc pas à désigner l'interruption justifiée d'un acte médical ou le fait de renoncer pour des raisons justifiées à en poser un ni l'administration justifiée d'analgésiques ayant pour effet d'abréger la vie (qui résultent de décisions médicales concernant la fin de la vie).

Ofschoon deze strikte definitie in zekere zin afwijkend kan zijn van sommige taalkundige of medisch-encyclopedische verklaringen, biedt zij het voordeel dat zij in juridische termen transparantie en zekerheid biedt. Een wettelijke regulering van het euthanaserend handelen vereist een precieze en duidelijke aflijning van het bedoelde begrip « euthanasie », en moet elke dubbelzinnigheid terzake uitsluiten. Om deze reden alleen al is het ook wenselijk dat die medische handelingen bij het levenseinde die geen uitzonderlijk karakter hebben en horen tot de principieel toegelaten handelingen die een arts kan stellen, rekening houdend niet alleen met de heersende medische inzichten en mogelijkheden, maar tevens met de rechten van de patiënt, in de wettelijke regulering van euthanasie tevens aan bod komen.

2. Het voorgestelde artikel 2 neemt de definitie van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek over.

Uit de navolgende voorgestelde bepalingen van het wetsontwerp blijkt evenwel dat het toepassingsgebied van de term « euthanasie » op oneigenlijke manier wordt uitgebreid, en de definitie, zoals die door het Raadgevend Comité werd gehanteerd, een andere invulling geeft. Aldus wordt euthanasie immers ook van toepassing geacht op patiënten van wie niet verwacht wordt dat zij binnen afzienbare tijd gaan sterven; bovendien volstaat het dat een patiënt in een situatie van « ondraaglijke nood » verkeert opdat de voorwaarden met betrekking tot de conditie van de patiënt vervuld zijn. Zelfs de toevoeging van de bepaling « medisch uitzichtloos » werkt in dit geval niet beperkend, maar zelfs verruimend, nu zij in het ontwerp begrepen wordt als « niet curatief behandelbaar ». Een persoon die lijdt aan een niet te behandelen depressie, maar geenszins wordt geacht binnenkort te sterven, of een niet-terminaal gehandicapt persoon, voor wie in de huidige stand van de wetenschap geen remedie kan worden aangeboden tot leniging van deze handicap, die naar eigen subjectief aanvoelen « in ondraaglijke nood » verkeert, kunnen volgens het ontwerp aldus verzoeken om « euthanasie ».

Deze hypotheses ressorteren evenwel intrinsiek buiten de aflijning van « euthanasie », zowel in de betekenis zoals die er werd aan gegeven door het Raadgevend Comité, als in haar filosofische, ethische en medische benadering.

Zij vallen niet onder het begrip « euthanasie », maar zijn te beschrijven als « hulp bij (of delegatie van) zelfdoding ». Een wettelijke regulering van « euthanasie » dient deze hypothese dan ook uitdrukkelijk uit te sluiten van haar toepassingsgebied. De voorgestelde aanvulling volgens dit amendement is dan ook noodzakelijk.

3. Het doden op verzoek van een niet-terminale patiënt (hulp bij (of delegatie van) zelfdoding) :

a) kan niet gelijk gesteld worden met euthanasie,

Bien que cette définition stricte puisse s'écarter dans une certaine mesure de certaines déclarations d'ordre linguistique ou médico-encyclopédique, elle présente l'avantage de la transparence et de la sécurité du point de vue juridique. Une réglementation légale des interventions euthanasiques requiert une délimitation précise et nette de la notion d'« euthanasie » et doit supprimer toute équivoque en la matière. Il est déjà souhaitable, pour cette seule raison, que ces actes médicaux de fin de vie (lesquels ne présentent aucun caractère exceptionnel et font partie des actes qu'un médecin peut accomplir en principe selon les conceptions médicales en vigueur, en fonction des possibilités dont la médecine peut faire usage, et eu égard aux droits des patients) trouvent leur place dans la réglementation de l'euthanasie.

2. L'article 2 proposé reprend la définition du Comité consultatif de bioéthique.

Il ressort toutefois des dispositions suivantes de la proposition de loi que celle-ci élargit le champ d'application du terme « euthanasie » en lui donnant des sens impropres et modifie, ainsi, le contenu de la définition qu'utilise le Comité consultatif. C'est ainsi qu'elle permet de provoquer la mort par euthanasie de patients dont on n'attend pas le décès à court terme; en outre, il suffit qu'un patient se trouve dans une situation de « détresse insupportable » pour que soient remplies les conditions relatives à l'état du patient. Même l'ajout de l'expression « médicalement sans issue » n'a pas d'effet limitatif en l'espèce. Il a au contraire un effet extensif dans la mesure où, dans la proposition, la situation en question est dite « non susceptible d'être traitée curativement ». Une personne qui souffre d'une dépression impossible à traiter, mais dont on n'attend pas le décès à court terme, ou une personne handicapée ne se trouvant pas en phase terminale, mais à laquelle, dans l'état actuel de la science, aucune remède ne peut être proposé pour atténuer son handicap et qui estime, subjectivement, se trouver dans une situation de « détresse insupportable », pourrait donc solliciter l'euthanasie aux termes de la proposition.

Les cas visés dans l'hypothèse précitée s'inscrivent toutefois intrinsèquement hors du champ sémantique du mot « euthanasie » qu'a défini le Comité consultatif et hors de celui qui obéit aux critères philosophiques, éthiques et médicaux.

Ils relèvent non pas de la notion d'« euthanasie », mais de celle de « assistance à (ou délégation de) la mort volontaire ». Une réglementation légale de l'« euthanasie » doit dès lors exclure explicitement cette hypothèse de son champ d'application. L'ajout proposé par le présent amendement est donc nécessaire.

3. Le fait de donner la mort à un patient qui ne se trouve pas en phase terminale, à sa demande (assistance à (ou délégation) de la mort volontaire) :

a) ne peut être assimilé à l'euthanasie,

b) is bovendien niet te rechtvaardigen.

a) Euthanasie gaat in wezen enkel en alleen over de lijdende patiënt die wordt geconfronteerd met het nadere levenseinde en de vaststelling dat de arts, met de medische middelen waarover hij beschikt, niet meer afdoend kan optreden om deze fysieke nood te lenigen. Het gaat hierbij om een uitzonderlijke hypothese, waarbij euthanasie als ultimum remedium kan worden toegepast ingevolge het vrijwillig, herhaald, bewust, weloverwogen en duurzaam verzoek van de patiënt. Het is een situatie waarin ook het zorgcomfort van de palliatieve behandeling deze uitzichtloosheid niet kan opheffen, en waarbij de patiënt kan verzoeken dat hij in deze terminale fase niet op een ontluisterende en pijlijke, maar op een waardige manier kan sterven en afscheid nemen.

Essentieel gaat euthanasie dus over mensen « die aan het sterven zijn ». Wie euthanasie begrijpt als een middel voor mensen die, louter vanuit een subjectief aanvoelen, en zich hierbij beroepend op een algemeen zelfbeschikkingsrecht, stellen : « ik wil sterven » ontkent het precieze karakter van « euthanasie ». Deze laatste hypothese is geen « euthanasie », maar « hulp bij, of delegatie van zelfdoding ».

Immers is het de arts, die als beoefenaar van de geneeskunde, kan besluiten dat, indien geen enkele curatieve of palliatieve medische behandeling de fysiek lijdende patiënt nog kan helpen, hij kan ingaan op het verzoek van deze patiënt om hem, op een medisch verzorgde manier, het waardig sterven mogelijk te maken, in zoverre hij meent dat deze plicht in de concrete omstandigheden belangrijker is dan zijn plicht om het leven te beschermen. Euthanasie is aldus een medische handeling, zij het een uitzonderlijke.

Hulp bij zelfdoding, of delegatie van zelfdoding voor niet-terminale patiënten, a fortiori *voor patiënten die enkel psychisch lijden, is geen medische handeling : zij vindt niet plaats in een conflict van plichten in hoofde van de arts, maar is er alleen en exclusief op gericht het leven te beëindigen, zo de patiënt erom verzoekt. Dit is niet de taak van de arts.*

Dit onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding is erkend in alle internationale medische literatuur, en werd ook door de leden van het Raadgevend Comité erkend, toen zij tijdens hun besprekingen « hulp bij zelfdoding » als een afzonderlijk thema aanmerkten, en « euthanasie » uitdrukkelijk behandelden als een medische handeling bij het levenseinde.

De vraag of « euthanasie » voor niet-terminale patiënten aan bod kan komen werd in de senaat het meest treffend benaderd door professor Van Neste :

b) et est injustifiable.

a) Par essence, l'euthanasie ne concerne que le patient souffrant qui est confronté à l'imminence de la mort et qui constate que le médecin ne peut plus intervenir efficacement pour adoucir sa détresse physique avec les moyens médicaux dont il dispose. Il s'agit d'un cas exceptionnel dans lequel l'euthanasie peut être pratiquée en tant qu'ultimum remedium, à la demande spontanée, répétée, consciente, mûrement réfléchie et persistante du patient. Il s'agit d'un cas dans lequel le traitement palliatif de confort ne permettant pas non plus de remédier à la situation sans issue du patient arrivé en phase terminale, celui-ci peut demander à pouvoir finir ses jours d'une manière conforme à la dignité humaine et non pas dans la déchéance et la douleur.

Par essence, l'euthanasie concerne donc des personnes qui sont « à l'article de la mort ». Quiconque considère l'euthanasie comme un moyen dont peuvent faire usage des personnes qui, dans un élan subjectif et se prévalant d'un droit général à l'autodétermination, disent « je veux mourir », en méconnaît le caractère exact. Toute intervention à la demande de telles personnes constituerait non pas un acte d'« euthanasie », mais un acte « d'assistance à (ou de délégation de) la mort volontaire ».

En effet, c'est au médecin qu'il appartient d'éventuellement conclure, en sa qualité de praticien de l'art de guérir, que, si aucun traitement médical curatif ou palliatif ne saurait plus aider le patient, il a le devoir d'acquiescer à la demande de celui-ci de faire en sorte qu'il puisse mourir dignement avec le concours de la médecine, pour autant qu'il estime, dans des circonstances concrètes, que ce devoir doit primer l'obligation qu'il a de protéger la vie. L'euthanasie est donc bel et bien un acte médical, fût-il exceptionnel.

L'assistance à (ou la délégation de) la mort volontaire de patients qui ne se trouvent pas en phase terminale et, a fortiori, *de patients qui ne souffrent que psychiquement, ne constitue pas un acte médical : elle ne s'inscrit pas dans le cadre d'un conflit de devoirs auquel serait confronté le médecin, mais elle n'est conçue que pour qu'on puisse mettre fin à la vie du patient au cas où celui-ci demanderait qu'on le fasse. Telle n'est pas la tâche du médecin.*

Cette distinction entre l'euthanasie et l'assistance au suicide est admise dans toute la littérature médicale internationale et elle a également été reconnue par les membres du comité consultatif, qui ont estimé, au cours de leurs discussions, que l'« assistance au suicide » constituait un thème distinct et qui ont traité expressément l'« euthanasie » comme un acte médical de fin de vie.

C'est le professeur Van Neste qui a abordé au sénat de la manière la plus marquante la question de savoir si « l'euthanasie » peut être envisagée pour les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale :

« Andere wetsvoorstellen bevatten de objectieve voorwaarde « ongeneeslijk ziek, gepaard gaande met fysieke of psychische nood », maar daarmee belanden we om twee redenen buiten de eigenlijke problematiek van de euthanasie.

In de eerste plaats hoeft het dan geen terminale patiënt meer te zijn. Als we de historiek van het euthanaserend handelen bestuderen, stellen we vast dat er vroeger alleen bij het stervensuur, bij de doodstrijd sprake was van euthanasie. Bovendien ging het altijd over de plicht van de arts om de pijn te verzachten. Met pijn of lijden dacht men altijd aan een nood waarvoor de geneeskunde aanspreekbaar is.

Het gaat hier [in deze voorstellen] volgens mij om een existentiële nood. In de euthanasieproblematiek mag een existentiële nood echter niet in aanmerking komen voor het definiëren van een noodtoestand. De arts bevindt zich in dit geval niet in een noodtoestand.

Hij bevindt zich maar in een noodtoestand wanneer hij geconfronteerd wordt met een situatie waarin hij met zijn medische deskundigheid wil blijven helpen, maar waarbij de medische middelen waarover hij beschikt, niet meer afdoend zijn om de fysieke nood van de terminale patiënt te lenigen. Dit veroorzaakt precies zijn gewetensnood.

In het andere geval vallen we buiten de euthanasieproblematiek en moeten we eerder spreken van de problematiek rond hulp bij zelfdoding. ».

Ook volgens professor Adams is het zo « dat het moment dat je het oordeel over ondraaglijke pijn of nood alleen nog overlaat aan het subjectieve oordeel van de patiënt, een regeling met betrekking tot euthanasie eerder een vorm van algemene legalisering van hulp bij zelfdoding wordt ».

b) Tijdens de hoorzittingen in de senaat drukte onder andere Dr. Philippart (Orde van geneesheren) uit dat de voorwaarde van ongeneeslijke ziekte (al dan niet terminaal) op zich genomen onaanvaardbaar is. In dezelfde zin klinken de verklaringen van Dr. Clumeck, Dr. Vincent en de verklaring van 58 palliatieve zorgverleners.

De heer Vandeville waarschuwt voor ontsporingen door beide situaties op eenzelfde lijn te plaatsen. Wat betreft het psychisch lijden dat uitzichtloos is, wijst Dr. Mullie op de mogelijkheden van de palliatieve verzorging, professor Schotsmans doelt op de noodzakelijke intermenselijkheid die deze problemen moet kunnen benaderen. Ook Kempeneers (Vereniging Mentaal Gehandicapten) drukte haar vrees uit voor een gelijkschakeling.

Door wettelijk mogelijk te maken dat een ongeneeslijke ziekte, bij hypothese in een niet-terminale situatie, volstaat om een zogezegd « euthanaserende daad » uit te voeren, laat men het zelfbeschikkingsmodel primeren op het medische beoordelingsmodel en de medi-

« D'autres propositions de loi contiennent la condition objective de « maladie incurable allant de pair avec une nécessité physique ou psychique », mais cela nous entraîne, pour deux raisons, en dehors du cadre de la problématique propre à l'euthanasie.

Tout d'abord, il ne doit plus s'agir d'un patient en phase terminale. Si nous étudions l'historique de l'acte d'euthanasie, nous constatons qu'auparavant, on ne parlait d'euthanasie qu'à l'heure du décès, de l'agonie. En outre, il s'agissait toujours du devoir du médecin d'atténuer la douleur. Par douleur ou souffrance, on pensait toujours à un besoin qui est du ressort de la médecine.

Selon moi, il s'agit [dans ces propositions] d'un besoin existentiel. Un besoin existentiel ne peut cependant pas entrer en ligne de compte dans la problématique de l'euthanasie pour la définition de l'état de nécessité. Dans ce cas, le médecin ne se trouve pas dans un état de nécessité.

Il se trouve seulement dans un état de nécessité lorsqu'il est confronté à une situation où il veut continuer d'aider avec sa compétence médicale, mais pour laquelle les moyens médicaux dont il dispose ne sont plus efficaces pour adoucir le besoin physique du patient en phase terminale. C'est précisément ce qui provoque son cas de conscience.

Dans [l'autre cas], (...) nous sortons de la problématique de l'euthanasie et nous devons plutôt parler de problématique relative à l'aide au suicide. ».

Le professeur Adams estime aussi que, dès l'instant où l'on abandonne à la subjectivité du patient la facette d'apprécier si une douleur ou une détresse est insupportable, toute réglementation de l'euthanasie devient une sorte de légalisation générale de l'assistance au suicide.

b) Au cours des auditions au sénat, le Dr Philippart (Ordre des médecins), entre autres, a affirmé que la condition selon laquelle la maladie doit être incurable (que le patient soit ou non en phase terminale) est, en soi, inacceptable. Les déclarations du Dr Clumeck et du Dr Vincent ainsi que celles de 58 dispensateurs de soins palliatifs vont dans le même sens.

*M. Vandeville met en garde contre les risques de dérapages que l'on créerait en mettant les deux situations en question sur le même pied. En ce qui concerne la souffrance physique sans issue, le Dr Mullie met l'accent sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs, le professeur Schotsman évoque le principe d'humanité, qui devrait selon lui régir la manière d'envisager ces problèmes. Kempeneers (*Vereniging Mentaal Gehandicapten*) a, elle aussi, exprimé sa crainte d'une assimilation.*

Permettre légalement que l'existence d'une maladie incurable, par hypothèse à un stade non terminal, suffise pour que l'on puisse accomplir un acte dit « euthanasique », c'est faire prévaloir le modèle de l'autodétermination sur le modèle de l'appréciation médicale et de

sche noodzaak (hulp bij zelfdoding is immers geen medische noodzaak, en hoegenaamd niet als antwoord op een ongeneeslijke ziekte of een ondraagbaar lijden).

De vraag kan gesteld worden of het « zelfbeschikkingsrecht » een grondrecht dan wel een rechtsbeginsel is. Eerder is de opvatting te verdedigen dat het, samen met het vrijheidsbeginsel, een bron is van meerdere grondrechten. Daarbij beklemtoont het zelfbeschikkingsbeginsel dat het individu zelfmondig is en zeggenschap heeft betreffende de wijze waarop de individuele vrijheden worden uitgeoefend, dat het individu dus de vrijheid zelf kan en mag invullen. Dit betekent dat de burger zelf kan beslissen dat een persoonlijke waarde, bijvoorbeeld privacy, lichamelijke integriteit in bepaalde situaties niet langer dient beschermd te worden.

Hoe ver leidt deze zelfbeschikking echter ? De individuele wilsbeslissing op grond van het zelfbeschikkingsrecht onverkort toelaten, betekent eigenlijk dat in de rechtsregelingen die zouden tot stand komen de zelfbepaling zo goed als soeverein zou zijn en dus de individuele vrijheid in deze gevallen als absoluut, als onbeperkt zou erkend worden. Dit staat in tegenstelling tot de andere klassieke grondrechten, waar de uitoefening van de individuele vrijheid, althans in de Europese traditie, steeds in de rechtsregel beperkt wordt.

De overheid heeft tot taak het menselijk leven te beschermen tegen aantasting door derden. Deze bescherming rust niet op de gedachte dat het leven pas waardevol wordt op grond van iemands wil om te leven, en waardeloos zou zijn om iemands omwil om te leven. Veeleer berust deze bescherming op de gedachte dat het menselijk leven in perspectief van de menselijke waardigheid waardevol is, dat wil zeggen in zichzelve goed is, voorafgaand aan iemands individuele benaming of individuele ontkenning daarvan. De idee van het respect voor het menselijke leven als zodanig verdient de leidinggevende idee te blijven, juist omdat zij aan het zwakke, weerloze of onmondige menselijke leven, gelijke aandacht kan geven als aan het sterke, weerbare of mondige.

Wanneer voor een individuele beslissing ter uitvoering een beroep wordt gedaan op een andere persoon, zij het een deskundige, dan krijgt dit beslissingsrecht een ander uitzicht. Het beslissingsrecht wordt inspraak, meer nog een recht op medezeggenschap in de medische besluitvorming.

Wanneer een juridisch en politiek oordeel dient geveld te worden over een handeling van euthanasie, dan komen verschillende waarden aan de orde. Er is het belang van de stervende, er is de eigen verantwoordelijkheid van de geneesheer en er is de plicht van de gemeenschap om levensbescherming onverkort te handhaven.

la nécessité médicale (en effet, l'assistance au suicide n'est pas la réponse à une nécessité médicale et n'apporte absolument pas de réponse à une maladie incurable ou à une souffrance insupportable).

On peut se demander si le « droit à l'autodétermination » est un droit fondamental ou un principe de droit. Il faudrait plutôt considérer qu'il constitue, en conjugaison avec le principe de l'égalité, une source de plusieurs droits fondamentaux. En outre, le principe de l'autodétermination atteste que l'individu est en état de juger normalement et qu'il a son mot à dire sur la façon d'exercer les libertés individuelles ou, autrement dit, qu'il a le droit à la faculté d'interpréter lui-même la notion de liberté. Cela signifie que le citoyen peut décider en toute autonomie qu'une valeur personnelle comme la vie privée ou l'intégrité physique, ne doit plus être protégée dans certaines situations.

L'on peut toutefois se demander jusqu'où peut aller l'usage du droit à l'autodétermination. Autoriser l'expression sans limites de la volonté individuelle en arguant du droit à l'autodétermination, c'est admettre que, dans le cadre des règles de droit futures, le droit à l'autodétermination serait pour ainsi dire considéré comme un droit souverain et que la liberté individuelle serait considérée comme illimitée, comme absolue. Ce serait contraire à ce qui a toujours été le cas en ce qui concerne les autres droits fondamentaux classiques dont l'usage a toujours été limité dans le cadre des règles de droit, du moins dans la tradition européenne.

Les pouvoirs publics ont pour mission de protéger la vie humaine contre les atteintes qui pourraient être portées à celle-ci par des tiers. La protection ne repose pas sur l'idée que la vie n'a de valeur qu'en fonction de la volonté de vivre d'un individu et est dépourvue de valeur s'il refuse d'encore vivre. Elle repose plutôt sur l'idée que la vie humaine est précieuse dans la perspective du respect de la dignité humaine, c'est-à-dire intrinsèquement, que l'intéressé en convienne ou non. Le principe du respect de la vie humaine en tant que tel mérite de continuer à être le principe directeur, précisément parce qu'il garantit que l'on consacre à la vie des personnes faibles, vulnérables ou dont la capacité de jugement n'est pas entière autant d'attention qu'à celle des personnes fortes, invulnérables, et en état de juger normalement.

Lorsqu'une personne fait appel à un tiers pour l'exécution d'une de ses décisions, fût-ce à un expert, son droit de décision change de caractère. Il devient en quelque sorte un droit de participation à la prise de décision médicale, presque un droit de codécision.

Lorsqu'il y a lieu de rendre un jugement juridique et politique à propos d'un acte euthanasique, diverses valeurs doivent être prises en considération, à savoir l'intérêt du mourant, la responsabilité personnelle du médecin et l'obligation, pour la collectivité, de continuer à assurer intégralement la protection de la vie. Autrement

Met andere woorden, in alle rechtsregelen dient een dosering voorhanden te zijn tussen zelfbepaling en ordening. Dit betekent dat een rechtsregel nooit slechts met het standpunt van een individu alleen rekening kan houden. Evenwicht tussen de verschillende aan de orde zijnde beginselen moet worden nagestreefd.

Ook vanuit juridisch opzicht stellen zich problemen met een legalisering van « hulp bij of delegatie van zelfdoding », meer bepaald in het licht van de bepalingen van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens (EVRM).

Het in artikel 2 van het EVRM gewaarborgde recht op leven, houdt voor de overheid de verplichting in om het leven te beschermen. Volgens de logica van artikel 2 kan de Staat de mogelijkheid tot euthanasie immers maar erkennen in zeer uitzonderlijke omstandigheden. Levensbeëindigend handelen mag slechts als ultieme remedie, met andere woorden, wanneer euthanasie werkelijk het enige middel is dat overblijft om het ondraaglijk lijden te verzachten. Indien het lijden niet kan worden verzacht door pijnstillers of palliatieve zorgen, maar alleen door het euthanaserend handelen, is het aldus onmogelijk om de beide plichten van artikel 2 en artikel 3 van het EVRM te verzoenen.

Het doden op verzoek van een niet-terminale patiënt, die in een « medisch uitzichtloze » (niet-curatieve) situatie in (psychische) nood verkeert beantwoordt echter niet aan deze voornoemde ultieme remedie. Het ondraaglijk lijden mag immers volledig door de patiënt zelf worden bepaald, zonder enige beperking. Zijn toestemming zal volstaan.

De strafrechtelijke bescherming van het leven is echter van openbare orde. De mens kan door zijn instemming geen strafrechtelijke immuniteit creëren voor degene die hem van zijn leven berooft. De toestemming van het slachtoffer is geen rechtvaardigingsgrond, laat staan dat er in hoofde van de arts een conflict van plichten ontstaat. De diepere, achterliggende reden is dat het recht op leven niet alleen een zaak is van het individu. Met de eerbied voor het leven is meer in het geding : ook de samenleving is betrokken.

De Staat dient de strafrechtelijke waarborg onverkort te handhaven wat betreft het doden op verzoek.

Er kan terzake tevens verwezen worden naar Aanbeveling 1418 van de Raad van Europa (1999) nopens de bescherming van de mensenrechten en de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden.

De Raad vraagt er uitdrukkelijk dat de lidstaten :

« 9.c. het absolute verbod op het opzettelijk beëindigen van het leven van ongeneeslijke zieke en stervende personen te bekrachtigen, aangezien :

dit, toutes les règles de droit doivent doser de manière appropriée le degré d'autodétermination et le degré de réglementation. Une règle de droit ne peut donc jamais prévoir que l'on ne tiendra compte que du point de vue d'un seul individu. Il faut arriver à établir un équilibre entre les divers principes en jeu.

Du point de vue juridique aussi, une légalisation de l'aide à (de la délégation de) la mort volontaire soulève des problèmes, plus précisément eu égard aux dispositions de la Convention européenne de protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Le droit à la vie, qui est garanti à l'article 2 de celle-ci, emporte, pour les autorités, l'obligation de protéger la vie. D'après la logique de l'article 2, l'État ne peut en effet reconnaître la possibilité de pratiquer l'euthanasie que dans des circonstances très exceptionnelles. Un acte euthanasique ne peut être autorisé qu'en tant que remède ultime, c'est-à-dire lorsqu'il est vraiment le seul moyen qui reste pour adoucir une souffrance insupportable. Dans les cas où il est devenu impossible d'atténuer la souffrance au moyen d'analgésiques ou de soins palliatifs, et où il ne reste plus que l'acte euthanasique pour l'apaiser, les deux obligations définies aux articles 2 et 3 de la Convention européenne de protection des droits de l'homme sont inconciliables.

Donner la mort à un patient à la demande de celui-ci, alors qu'il se trouve dans une situation qui est « médicalement sans issue » (non curable) et en état de détresse (psychique) mais sans être en phase terminale, n'équivaut cependant pas à l'administration du remède ultime susvisé. En effet, dans un tel cas, le caractère insupportable de la souffrance pourra être apprécié sous tous ses aspects par le patient seul, et ce, sans la moindre limite. Son consentement suffira.

Or, la protection pénale de la vie est d'ordre public. Nulle personne ne peut, de par son seul consentement, créer d'immunité pénale pour celui qui le prive de la vie. Il faut savoir que le consentement de la victime ne constitue pas un motif de justification et ne pas négliger le fait que le médecin est confronté à un conflit d'obligations. Mais il y a un élément sous-jacent, le principe selon lequel le droit à la vie n'est pas uniquement l'affaire de l'individu. La question du respect de la vie revêt des aspects qui le dépassent et qui font qu'il est l'affaire de la société tout entière.

L'État se doit de maintenir telle quelle la garantie pénale en ce qui concerne la mort sur demande.

On peut également citer ici la recommandation 1418 du Conseil de l'Europe (1999) concernant la protection des droits de l'homme et la dignité des malades incurables et des mourants.

Le Conseil demande expressément aux États membres :

« 9.c. de maintenir l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants :

i. het recht op leven, met name wat ongeneeslijk zieken en stervenden betreft, wordt gewaarborgd door alle lidstaten overeenkomstig artikel 2 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, dat bepaalt : « Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd »;

ii. de door de ongeneeslijke zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven nooit een juridische grond mag zijn voor zijn dood door toedoen van een derde;

iii. de door een ongeneeslijk zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven op zich nooit een wettelijke rechtvaardiging kan zijn voor handelingen die bedoeld zijn om de dood tot gevolg te hebben. ». » (Amendement nr 22 — DOC 50 1488/005).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vindt de definitie van artikel 2 gevaarlijk, omdat de term « euthanasie » slaat op elk levensbeëindigend handelen, ongeacht de persoon die deze handeling verricht en onder ongeacht welke voorwaarden. Indien de voorstanders van het wetsontwerp euthanasie werkelijk bij wet wensen te regelen, dan moeten zij zich daarbij ten minste beperken tot welomschreven situaties, en erin voorzien dat zulks in aanwezigheid van een arts dient te gebeuren.

De heer Fred Erdman (SP.A) legt uit dat de invoeging van euthanasie in het Strafwetboek zou leiden tot een nieuw misdrijf, dat zou kunnen worden ingeroepen om minder zware straffen te verkrijgen. Het verdient de voorkeur de huidige misdrijven en straffen te behouden, en de euthanasie te regelen met een bijzondere wet, waarbij de definitie van euthanasie alleen geldt voor de in die wet vervatte bepalingen.

Volgens *mevrouw Joke Schauvliege (CD&V)* laten de indieners van het wetsvoorstel een dubbelzinnigheid bestaan door hun weigering om de euthanasie op te nemen in het Strafwetboek, en dat zij derhalve niet duidelijk willen stellen dat ten aanzien van een persoon die euthanasie pleegt zonder de wetsbepalingen in acht te nemen, de straffen kunnen worden opgelegd waarin het Strafwetboek voorziet, aangezien in artikel 3 van het wetsontwerp gewag wordt gemaakt van een « misdrijf », en niet van « doodslag » of « moord ».

Voorts moet worden opgemerkt dat de wetgever met betrekking tot abortus had besloten in het Strafwetboek terzake het beginsel van tenlastelegging te handhaven, met dien verstande dat in de daaropvolgende artikelen werd voorzien in de voorwaarden waaronder de bedoelde handeling geen misdrijf vormt. Voor euthanasie zou hetzelfde kunnen worden gedaan, naar het voorbeeld van Nederland, waar abortus is opgenomen in het « Wetboek van Strafrecht ».

i. vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les États membres, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme qui dispose que « la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement »;

ii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers;

iii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort. ». » (Amendement n° 22 — DOC 50 1488/005).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) considère que la définition de l'article 2 est dangereuse, en ce qu'elle inclut sous le terme d'euthanasie tout acte visant à mettre fin à la vie, quelle que soit la personne qui le commet et dans n'importe quelles conditions. Si les défenseurs du projet veulent vraiment légiférer en matière d'euthanasie, il faut au moins qu'ils la limitent à des situations bien circonscrites et qu'ils imposent la présence d'un médecin.

M. Fred Erdman (SP.A) explique que l'insertion de l'euthanasie dans le Code pénal créerait une nouvelle infraction, qui pourrait être invoquée pour obtenir des peines moins lourdes. Mieux vaut en rester aux infractions et aux peines actuellement existantes et traiter de l'euthanasie dans une loi particulière, dans laquelle la définition de l'euthanasie ne vaut que pour les dispositions de cette loi.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) considère que les auteurs du projet de loi, en refusant d'intégrer l'euthanasie dans le Code pénal, restent dans l'ambiguïté et refusent de dire clairement que l'auteur d'une euthanasie pratiquée en violation des dispositions prévues dans la loi est passible des peines prévues par le Code puisque l'article 3 du projet fait référence à une « infraction », et non au « meurtre » ou à l'« assassinat ».

Il faut aussi remarquer que, pour l'avortement, le législateur avait décidé de conserver dans le Code pénal le principe de son incrimination, tout en prévoyant, dans des articles subséquents, les conditions dans lesquelles cet acte ne constitue pas une infraction. Il pourrait être fait de même pour l'euthanasie, à l'instar des Pays-Bas qui ont, eux, intégré cet acte dans leur Code pénal.

Art. 2*bis*

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) c.s. dienen amendement nr 17 in dat luidt als volgt :

*« Een nieuw hoofdstuk I*bis *invoegen, luidende :*

*« Hoofdstuk I*bis*. — Palliatieve zorg als fundamenteel basisrecht van elkeen.*

*« Art. 2*bis*. — § 1. Het recht op palliatieve zorg bij de begeleiding van het levenseinde is een fundamenteel basisrecht van elkeen.*

§ 2. Onder palliatieve zorg wordt verstaan : het geheel van actieve en totaalzorgverlening voor patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert. Noodzakelijk hiervoor zijn alle mogelijke vormen van controle van pijn en andere symptomen, alsook psychologische, morele, familiale, sociale en eventueel levensbeschouwelijke ondersteuning. Palliatieve zorg is er op gericht de kwaliteit van de laatste levensfase van de patiënt te optimaliseren, in samenspraak met en begeleiding van de nabestaanden, zonder evenwel de autonomie van de patiënt te beperken.

§ 3. De arts is de patiënt bij diens naderend levenseinde alle geneeskundige, morele, curatieve of palliatieve hulp verschuldigd, teneinde zijn fysieke of morele pijn te verlichten en zijn waardigheid te beschermen. Hij biedt de patiënt alle mogelijke informatie en overlegt met zorgverstrekkers, mantelzorgers en nabestaanden van de patiënt.

§ 4. De Koning neemt binnen een termijn van zes maanden na de bekendmaking van deze wet in het Belgisch Staatsblad en ten laatste op 31 december 2002, de nodige maatregelen waarbij vanuit de erkenning van het recht op palliatieve zorg — zij het in de thuiszorg, de rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen, de geestelijke gezondheidszorg en de ziekenhuizen — het vereiste kader wordt gecreëerd voor een volwaardig uitgebouwde en gefinancierde palliatieve zorgverstrekking. ». ».

VERANTWOORDING

De vraag naar euthanasie dient maximaal preventief te worden voorkomen. Tot aan het einde van het leven dienen mensen de zekerheid te genieten dat hun veiligheid wordt gewaarborgd en dat ze op een actieve en totale zorgbijstand kunnen rekenen. Daarom is palliatieve zorg meer dan een gewoon recht. Het is een basisrecht, voortvloeiend uit artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet. Dit begrip dient dan ook in de wet voor te komen.

Talloze wetenschappers — waaronder een aantal die zelf in principe weinig problemen hebben met de vraag

Art. 2*bis*

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) et consorts présentent l'amendement n° 17, libellé comme suit :

*« Insérer un nouveau chapitre I*er*bis, libellé comme suit :*

*« Chapitre I*er*bis. — Les soins palliatifs en tant que droit fondamental.*

*« Art. 2*bis*. — § 1er. Le droit aux soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de la fin de vie est un droit fondamental.*

§ 2. Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre : l'ensemble des soins actifs apportés au patient atteint d'une maladie susceptible d'entraîner la mort une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives. Toutes les formes envisageables de contrôle de la douleur et des autres symptômes sont nécessaires à cette fin, y compris l'accompagnement psychologique, moral, familial, social et éventuellement philosophique du patient. Les soins palliatifs tendent à optimaliser la qualité de la vie du patient durant le temps qu'il lui reste à vivre, en concertation avec ses proches et avec l'appui de ces derniers, sans toutefois restreindre l'autonomie de l'intéressé.

§ 3. Le médecin doit apporter au patient en fin de vie toute aide médicale, morale, curative ou palliative, afin d'atténuer sa douleur physique ou morale et de sauvegarder sa dignité. Il fournit au patient toutes les informations possibles et se concerte avec les dispensateurs de soins, les dispensateurs de soins de proximité et les proches du patient.

§ 4. Le Roi prend, dans les six mois de la publication de la présente loi au Moniteur belge *et au plus tard le 31 décembre 2002, les mesures nécessaires en vue de créer, sur la base de la reconnaissance du droit aux soins palliatifs — que ce soit dans le cadre des soins à domicile, des maisons de repos pour personnes âgées, des maisons de repos et de soins ou des soins de santé mentale et des hôpitaux —, le cadre requis pour assurer des soins palliatifs correctement structurés et financés. ». ».*

JUSTIFICATION

Il convient de prévenir autant que possible la demande d'euthanasie. Jusqu'à la fin de leur vie, les êtres humains doivent en effet être certains que leur sécurité est garantie et qu'ils peuvent compter sur une assistance et des soins actifs et complets. C'est pourquoi le droit aux soins palliatifs est bien plus qu'un droit ordinaire. C'est un droit fondamental, résultant de l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution. Cette notion doit dès lors apparaître dans la loi.

Nombre de scientifiques — parmi lesquels plusieurs qui ne sont, en principe, pas opposés à la demande

naar euthanasie — zijn van oordeel dat een goede palliatieve zorgverlening in vrijwel alle gevallen leidt tot het staken van de vraag naar euthanaserende handelingen.

Alle mogelijkheden inzake palliatieve zorg dienen dan ook volledig te worden uitgeput. Palliatieve zorgen moeten bijdragen tot waardig sterven, waarbij het totale welzijn van de patiënt, beleefd in al zijn dimensies, centraal staat en waarbij professionelen, vrijwilligers en mantelzorgers op een interdisciplinaire wijze samenwerken. Hierbij mag de behandeling niet zijn gericht op therapeutische onverzettelijkheid of het uitzichtloos verlengen van het leven. Pijn en andere symptomen dienen te worden verzacht. De patiënt moet zo mogelijk in overleg ook kunnen rekenen op zijn familieleden en nabestaanden, die op hun beurt worden opgevangen en betrokken bij de zorgverlening tijdens de periode van ziekte, overlijden en rouw. Op eventuele vraag van de patiënt dienen bedienaars van erediensten of lekenhelpers te worden ingeschakeld om tegemoet te komen aan levensbeschouwelijke vragen.

Een legalisering van euthanasie is van alle grond ontdaan als niet eerst de noodzakelijke voorwaarden voor een goede zorg in de laatste levensfase worden geschapen. Als men patiënten wenst te kunnen laten opteren voor palliatieve zorg, dan moet die effectief aanwezig zijn.

Precies om deze reden volstaat het niet om het recht op palliatieve zorg slechts op te nemen in een aparte wet betreffende de palliatieve zorg. Het recht op palliatieve zorg dient noodzakelijk te worden gesitueerd in de context van de euthanasievraag, als basisrecht, teneinde patiënten alsnog te overtuigen van dit recht gebruik te maken teneinde de vraag naar euthanasie maximaal preventief te verhinderen. » (Amendement nr 17 — DOC 50 1488/003).

Amendement nr 16 strekt ertoe alle artikelen van het wetsontwerp te schrappen (zie hoger). In subsidiaire orde verdedigt de spreekster amendement nr 17, dat ertoe strekt in het ontwerp een nieuw hoofdstuk in te voegen, waardoor palliatieve zorg wordt erkend als een recht van elke patiënt.

Een hoofdstuk over palliatieve verzorging hoort in het wetsontwerp betreffende de euthanasie thuis omdat precies in de context van een vraag om levensbeëindiging het recht op palliatieve zorgverlening moet worden verzekerd. De spreekster stelt vast dat patiënten momenteel vaak worden geconfronteerd met een gebrek aan informatie over de mogelijkheden van palliatieve zorg. Daardoor worden kansen verkeken om pijn en lijden te verzachten en ontstaan er vermijdbare euthanasievragen. Mensen die zich in de laatste fase van hun leven bevinden, moeten kunnen rekenen op veiligheid en totale zorgbijstand; in dat kader moet er ruimte zijn voor

d'euthanasie — considèrent que des soins palliatifs de qualité incitent, dans presque tous les cas, le patient à renoncer à sa demande d'être euthanasié.

Il y a dès lors lieu d'épuiser totalement toutes les possibilités offertes en matière de soins palliatifs. Ces derniers doivent contribuer à une mort digne, en mettant l'accent sur le bien-être global du patient, dans toutes ses dimensions, et en s'appuyant sur une collaboration interdisciplinaire entre les professionnels, les bénévoles et les acteurs médico-sociaux. À cet égard, le traitement ne peut pas être axé sur un acharnement thérapeutique ou le prolongement inutile de la vie. La douleur et les autres symptômes doivent être apaisés. Le patient doit également pouvoir compter — si possible, en concertation — sur les membres de sa famille et ses proches, qui sont à leur tour accueillis et associés aux soins pendant la durée de la maladie, lors du décès et pendant le deuil. Si le patient le demande, il y a lieu d'appeler des ministres du culte ou des conseillers laïques à son chevet, afin de répondre à ses interrogations philosophiques.

Une légalisation de l'euthanasie est dénuée de tout fondement si toutes les conditions nécessaires à la dispensation de soins de qualité en fin de vie n'ont pas été réunies au préalable. Si l'on souhaite offrir au patient la possibilité d'opter pour les soins palliatifs, ceux-ci doivent être effectivement disponibles.

C'est précisément pour cette raison qu'il ne suffit pas d'inscrire le droit aux soins palliatifs dans une loi distincte en la matière. Le droit aux soins palliatifs doit impérativement être situé dans le contexte de la demande d'euthanasie, en tant que droit fondamental, afin de convaincre encore le patient de faire usage de ce droit et de prévenir ainsi, autant que possible, la demande d'euthanasie. » (Amendement no 17 — DOC 50 1488/003).

L'amendement n° 16 vise à supprimer tous les articles du projet de loi (voir *supra*). L'intervenante défend, en ordre subsidiaire, l'amendement n° 17, qui vise à insérer dans le projet un nouveau chapitre, de manière à reconnaître à chaque patient le droit aux soins palliatifs.

Un chapitre concernant les soins palliatifs a sa place dans le projet de loi relatif à l'euthanasie, étant donné que c'est précisément dans le contexte d'une demande d'interruption de vie qu'il faut assurer le droit aux soins palliatifs. L'intervenante constate que les patients sont actuellement souvent confrontés à un manque d'informations concernant les possibilités en matière de soins palliatifs. Des occasions d'atténuer la douleur et la souffrance sont de ce fait perdues et des demandes d'euthanasie évitables sont formulées. Les personnes qui se trouvent dans la dernière phase de leur vie doivent pouvoir bénéficier d'une certaine sécurité et d'une assistance

inbreng van familieleden en van bedienaars van erediensten. Een beperking tot de loutere overweging van alle palliatieve mogelijkheden is onwenselijk : de palliatieve zorg moet daadwerkelijk worden verleend.

Art. 3

Mevrouw Van de Casteele en de heer Borginon dienen het volgende amendement in :

« In limine *van § 1, tussen het woord « euthanasie » en het woord « toepast » de woorden « of hulp bij zelfdoding » invoegen.*

VERANTWOORDING

Zelfde verantwoording als bij vorig amendement. » (Amendement nr 2 — DOC 50 1488/002).

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) c.s. dienen amendement nr 23 in, dat als volgt luidt :

« *In § 1, de inleidende zin vervangen als volgt :*

« Wanneer een behandelende arts zich wil beroepen op noodtoestand bij opzettelijk levensbeëindigend handelen op uitdrukkelijk en bewust verzoek van de patiënt moet hij de volgende bijzondere voorwaarden cumulatief naleven door vast te stellen dat : ».

VERANTWOORDING

1. Het wetsontwerp laat de bepalingen van het Strafwetboek in formele zin ongemoeid. In werkelijkheid betreft het wel degelijk een fundamentele wijziging van de strafwet.

*Door in een bijzondere wet te bepalen dat de arts geen misdrijf begaat wanneer hij een euthanaserende daad stelt, wordt de toepassing van de strafwet uitgesloten. Vanuit juridisch oogpunt komt dit neer op een « voorschrift van de wet » (*autorisation de la loi*) conform artikel 70 van het Strafwetboek, en dus een depenalisering.*

2. De keuze voor de rechtsfiguur van de noodtoestand kan evenwel niet beperkt worden tot een louter symbolische keuze.

Door euthanasie strafbaar te houden :

wordt het uitzonderlijke karakter van het euthanaserend handelen gevrijwaard;

blijft een ultieme waarborg tegen misbruiken bestaan;

blijft het normatief karakter van de strafwet gehandhaafd;

et de soins complets; il convient, dans ce cadre, qu'il y ait un apport des membres de la famille et des ministres des cultes. Il n'est pas souhaitable de se borner à envisager toutes les possibilités en matière de soins palliatifs : les soins palliatifs doivent effectivement être dispensés.

Art. 3

Mme Van de Casteele et M. Borginon déposent l'amendement suivant :

« Insérer à la phrase introductive du § 1er les mots « ou l'assistance au suicide » après le mot « euthanasie ».

JUSTIFICATION

Même justification qu'à l'amendement n° 1. » (Amendement no 2 — DOC 50 1488/002).

Mme Joke Schauvliege (CD&V) et consorts présentent un amendement n° 23, libellé comme suit :

« *Remplacer la phrase liminaire du § 1er par la phrase suivante :*

« Pour pouvoir invoquer l'état de nécessité justifiant un acte volontaire d'euthanasie pratiqué à la demande expresse et consciente du patient, le médecin traitant doit se conformer à l'ensemble des conditions particulières suivantes en constatantque : ».

JUSTIFICATION

1. Le projet de loi ne modifie pas formellement les dispositions du Code pénal. Mais, en réalité, il s'agit bel et bien d'une modification fondamentale de la loi pénale.

En disposant dans une loi particulière que le médecin ne commet aucune infraction quand il pose un acte d'euthanasie, on exclut l'application de la loi pénale. Du point de vue juridique, cela équivaut à une « autorisation de la loi » au sens de l'article 70 du Code pénal et, partant, à une dépénalisation.

2. Le choix de la construction juridique qu'est l'état de nécessité ne peut toutefois se résumer à un choix purement symbolique.

En conservant à l'euthanasie son caractère punissable :

on maintient le caractère exceptionnel de l'acte d'euthanasie;

on laisse subsister une ultime garantie contre les abus;

on préserve le caractère normatif de la loi pénale;

blijft de controle door het openbaar ministerie verzekerd.

De voorgestelde regeling ontneemt de euthanasiedaad haar uitzonderlijk karakter, en houdt bovendien de wettelijke erkenning in dat het menselijke leven, enkel op basis van een subjectief aanvoelen, in het ene geval minder waard is dan het andere. De voorgestelde regeling beschouwt euthanasie als een gewone medische daad die, bij navolgen van enkele procedurele voorschriften, niet strafbaar is. (Alsof een diefstal die men pleegt met handschoenen aan, minder strafbaar dient te zijn).

Euthanaserend handelen betekent steeds een overschrijding van een ethische en morele grens : een transgressie die niet kan beperkt worden tot het louter naleven van procedurele voorschriften om niet langer strafbaar te zijn.

De enige rechtsfiguur die het uitzonderlijke karakter van het euthanaserend handelen onder bepaalde voorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten kan onderstrepen en in voorkomend geval rechtvaardigen is naar de Belgisch recht de figuur van de noodtoestand. Noodtoestand is een situatie waarin het overtreden van de strafrechtsbepalingen en het schenden van strafrechterlijk beschermde rechtsgoederen en rechtsbelangen het enige middel is om een ander belangrijk rechtsgoed of rechtsbelang te vrijwaren.

Noodtoestand in de juridische beoordeling, die in alle West-Europese rechtsstelsels wordt erkend, onderstelt dat de arts met een ernstig gewetensprobleem wordt geconfronteerd. Bijzondere omstandigheden plaatsen hem in een conflict van waarden, rechten en plichten : de plicht het leven te eerbiedigen tegenover de plicht bijstand te verlenen en te helpen tot het uiterste.

Het louter subjectieve inroepen door de patiënt van een subjectief aangevoelde noodsituatie, gevolgd door procedurele handelingen, kan niet volstaan om euthanasie van haar strafbaar karakter te ontdoen : de arts moet zich, in het licht van de toestand van de patiënt, werkelijk in een noodtoestand bevinden vooraleer hij de bescherming van het leven prijsgeeft omwille van de waardigheid van het menselijk sterven van de patiënt.

3. De bescherming van het leven als autonome waarde maakt een van de kernen uit van onze beschavingsopvattingen. Artikel 2 van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden zegt het onverkort : « Het recht van eenieder op leven wordt beschermd door de wet. Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd, tenzij bij wege van tenuitvoerlegging van een vonnis dat is uitgesproken door een rechtbank, wegens een misdrijf waarop de wet de doodstraf heeft gesteld. ».

De noodtoestand is de enige verdedigbare constructie in het licht van het EVRM; slechts in bijzondere uitzonderingssituaties kan het euthanaserend handelen worden toegestaan. De voorgestelde regeling maakt eu-

on conserve au ministère public le soin d'assurer le contrôle.

La réglementation proposée enlève à l'acte euthanasique son caractère exceptionnel et implique en outre la reconnaissance légale du fait que la vie humaine aurait moins de valeur dans tel cas que dans tel autre, et ce, sur la seule base d'un sentiment subjectif. Elle considère l'euthanasie comme un acte médical ordinaire qui, si l'on respecte quelques règles de procédure, n'est pas punissable. (Comme si un vol commis avec des gants devait être moins punissable).

L'acte d'euthanasie représente toujours le franchissement d'une frontière éthique et morale, une transgression que le simple respect de règles de procédure ne saurait dépouiller de son caractère punissable.

La seule construction juridique qui puisse, en droit belge, souligne le caractère exceptionnel de l'acte euthanasique accompli sans certaines conditions et en respectant certains critères de prudence, et le cas échéant le justifier, est celle d'état de nécessité. L'état de nécessité est une situation dans laquelle la transgression de dispositions pénales et l'atteinte à des biens et à des intérêts juridiques protégés par le droit pénal constituent le seul moyen de préserver un autre bien ou intérêt juridique important.

Du point de vue juridique, l'état de nécessité, notion conservée dans tous les systèmes juridiques d'Europe occidentale, suppose un grave problème de conscience chez le médecin. Des circonstances particulières le placent dans une situation où il y a conflit de valeurs, de droits et de devoirs : l'obligation de respecter la vie fait face à celle de fournir aide et assistance jusqu'au bout.

L'invocation purement subjective par le patient d'une situation de détresse subjectivement ressentie, invocation qui serait suivie d'actes de procédure, ne peut suffire à enlever à l'euthanasie son caractère punissable : le médecin doit, au vu de l'état du patient, se trouver véritablement dans un état de nécessité avant de sacrifier la protection de la vie à la dignité de la fin de vie du patient.

3. La protection de la vie en tant que valeur autonome constitue une des clés de voûte de notre civilisation. L'article 2 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales le dit sans ambages : « Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi. ».

L'état de nécessité est la seule construction juridique défendable à la lumière de la Convention européenne des droits de l'homme; l'acte d'euthanasie peut être autorisé que dans des situations exceptionnelles particuliè-

thanasie mogelijk in élke situatie, zonder dat nog van een uitzondering sprake is. » (DOC 50 1488/005).

De spreekster vindt dat het misdrijf van euthanasie uitdrukkelijk in de strafwet moet worden ingeschreven. De omschrijving van dat misdrijf kan worden gevolgd door een rechtvaardigingsgrond : de arts die zich kan beroepen op een noodtoestand, waarbij hij met conflicterende belangen wordt geconfronteerd, begaat geen strafbaar feit.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) c.s. dienen *de amendementen nrs 24, 26 en 27* in.

Amendement nr 24 tot wijziging van artikel 3, § 1, derde streepje is als volgt opgesteld :

« *In § 1, derde streepje, het woord « terminale » invoegen tussen de woorden « medisch uitzichtloze » en het woord « toestand ».*

VERANTWOORDING

In de kamercommissie Volksgezondheid heeft de helft van de leden bevestigd zeer grote bezwaren te hebben bij de uitbreiding van de reglementering naar personen die zich niet in een stervensfase bevinden.

In tegenstelling tot de palliatieve zorg, die voor eenieder toegankelijk moet zijn en zich niet beperkt tot het levenseinde, kan euthanasie enkel in de terminale fase ter discussie komen. Zoniet, overschrijden we de grenzen van de medische noodzaak en bevestigen we het recht van elkeen die « het niet meer ziet zitten » om opdracht te geven tot het beëindigen van zijn leven.

Onder « medisch uitzichtloze toestand », zoals voorgesteld door het wetsontwerp, dient te worden begrepen dat de geneeskunde geen curatieve behandelingen meer kan voorstellen. Aldus wordt euthanasie van toepassing geacht op patiënten van wie niet verwacht wordt dat zij binnen afzienbare tijd gaan sterven; het volstaat dat een ongeneeslijk zieke patiënt in een situatie van « ondraaglijke nood » verkeert opdat de voorwaarden met betrekking tot de conditie van de patiënt vervuld zijn. Een persoon die lijdt aan een niet te behandelen depressie, maar geenszins wordt geacht binnenkort te sterven, of een niet-terminaal gehandicapt persoon, voor wie in de huidige stand van de wetenschap geen remedie kan worden aangeboden tot leniging van deze handicap, die naar eigen subjectief aanvoelen « in ondraaglijke nood » verkeert, kunnen volgens het voorstel aldus verzoeken om « euthanasie ».

Euthanasie gaat in weze enkel en alleen over de lijdende patiënt die wordt geconfronteerd met het nadere levenseinde en de vaststelling dat de arts, met de medische middelen waarover hij beschikt, niet meer afdoend

res. La réglementation proposée permet de pratiquer l'euthanasie en toute situation, sans que l'on puisse encore parler d'exception. » (DOC 50 1488/005).

L'intervenante estime que l'infraction d'euthanasie doit être inscrite expressément dans la loi pénale. La définition de cette infraction peut être assortie d'une cause de justification : le médecin qui peut invoquer l'état de nécessité, lorsqu'il est confronté à des intérêts conflictuels, ne commet pas d'infraction.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) et consorts présentent *les amendements nos 24, 26 et 27.*

L'amendement n° 24 tendant à modifier l'article 3, § 1er, troisième tiret, est libellé comme suit :

« *Au § 1er, troisième tiret, proposé, apporter la modification suivante : insérer les mots « , arrivé en phase terminale, et » entre les mots « le patient » et les mots « se trouve dans une situation médicale sans issue ».*

JUSTIFICATION

Au sein de la commission de la Santé publique de la Chambre, la moitié des membres ont formulé de vives objections à l'encontre de l'extension du champ d'application de la réglementation aux personnes qui ne sont pas à l'article de la mort.

Contrairement aux soins palliatifs, qui doivent être accessibles à chacun et ne se limitent pas à la fin de la vie, l'euthanasie ne peut être envisagée que dans la phase terminale. Faute de quoi, nous dépasserions les limites de la nécessité médicale et nous accorderions à toute personne « qui n'y croit plus » le droit de demander que l'on mette fin à sa vie.

Par « situation médicale sans issue », il faut entendre celle pour laquelle la médecine ne peut plus proposer de traitements curatifs. C'est ainsi qu'elle permet de provoquer la mort par euthanasie de patients dont on n'attend pas le décès à court terme; il suffit qu'un patient se trouve dans une situation de « détresse insupportable » pour que soient remplies les conditions relatives à l'état du patient. Une personne qui souffre d'une dépression impossible à traiter, mais dont on n'attend pas le décès à court terme, ou une personne handicapée ne se trouvant pas en phase terminale, mais à laquelle, dans l'état actuel de la science, aucun remède ne peut être proposé pour atténuer son handicap et qui estime, subjectivement, se trouver dans une situation de « détresse insupportable », pourrait donc solliciter l'euthanasie aux termes de la proposition.

Par essence, l'euthanasie ne concerne que le patient souffrant qui est confronté à l'imminence de la mort et qui constate que le médecin ne peut plus intervenir efficacement pour adoucir sa détresse physique avec les

kan optreden om deze fysieke nood te lenigen. Het gaat hierbij om een uitzonderlijke hypothese gaat, waarbij euthanasie als ultimum remedium kan worden toegepast ingevolge het vrijwillig, herhaald, bewust, weloverwogen en duurzaam verzoek van de patiënt. Het is een situatie waarin ook het zorgcomfort van de palliatieve behandeling deze uitzichtloosheid niet kan opheffen, en waarbij de patiënt kan verzoeken dat hij in deze terminale fase niet op een ontluisterende en pijnlijke, maar op een waardige manier kan sterven en afscheid nemen.

Essentieel gaat euthanasie dus over mensen « die aan het sterven zijn ». Wie euthanasie begrijpt als een middel voor mensen die, louter vanuit een subjectief aanvoelen, en zich hierbij beroepend op een algemeen zelfbeschikkingsrecht, stellen : « ik wil sterven » ontkent het precieze karakter van « euthanasie ». Deze laatste hypothese is geen « euthanasie », maar « hulp bij, of delegatie van zelfdoding ».

Immers is het de arts, die als beoefenaar van de geneeskunde, kan besluiten dat indien geen enkele curatieve of palliatieve medische behandeling de fysiek lijdende patiënt nog kan helpen, hij kan ingaan op het verzoek van deze patiënt om hem op medisch verzorgde manier een waardig sterven mogelijk te maken, in zoverre hij meent dat deze plicht in de concrete omstandigheden belangrijker is dan zijn plicht om het leven te beschermen. Euthanasie is aldus een medische handeling, zij het een uitzonderlijke.

Tijdens de hoorzittingen in de senaat drukte onder andere dokter Philippart (Orde van Geneesheren) uit dat de voorwaarde van ongeneeslijke ziekte (al dan niet terminaal) op zich genomen onaanvaardbaar is. In dezelfde zin klinken de verklaringen van dokter Clumeck, dokter Vincent en de verklaring van 58 palliatieve zorgverleners.

De heer Vandeville waarschuwt voor ontsporingen door beide situaties op eenzelfde lijn te plaatsen. Wat betreft het psychisch lijden dat uitzichtloos is, wijst dokter Mullie op de mogelijkheden van de palliatieve verzorging, professor Schotsmans doelt op de noodzakelijke intermenselijkheid die deze problemen moet kunnen benaderen. Ook mevrouw Kempeneers (Vereniging van mentaal gehandicapten) drukte haar vrees uit voor een gelijkschakeling.

Door wettelijk mogelijk te maken dat een ongeneeslijke ziekte, bij hypothese in een niet-terminale situatie, volstaat om een zogezegd « euthanaserende daad » uit te voeren, laat men het zelfbeschikkingsmodel primeren op het medische beoordelingsmodel en de medische noodzaak (hulp bij zelfdoding is immers geen medische noodzaak, en hoegenaamd niet als antwoord op een ongeneeslijke ziekte of een ondraagbaar lijden).

moyens médicaux dont il dispose. Les auditions ont confirmé qu'il s'agit d'un cas exceptionnel dans lequel l'euthanasie peut être pratiquée en tant qu'ultimum remedium, à la demande spontanée, répétée, consciente, mûrement réfléchie et persistante du patient. Il s'agit d'un cas dans lequel le traitement palliatif de confort ne permettant pas non plus de remédier à la situation sans issue du patient arrivé en phase terminale, celui-ci peut demander à pouvoir finir ses jours d'une manière conforme à la dignité humaine et non pas dans la déchéance et la douleur.

Par essence, l'euthanasie concerne donc des personnes qui sont « à l'article de la mort ». Quiconque considère l'euthanasie comme un moyen dont peuvent faire usage des personnes qui, dans un élan subjectif et se prévalant d'un droit général à l'autodétermination, disent « je veux mourir », en méconnaît le caractère exact. Toute intervention à la demande de telles personnes constituerait non pas un acte d'« euthanasie », mais un acte « d'assistance à — ou de délégation de — la mort volontaire ».

En effet, c'est au médecin qu'il appartient d'éventuellement conclure, en sa qualité de praticien de l'art de guérir, que, si aucun traitement médical curatif ou palliatif ne saurait plus aider le patient, il a le devoir d'acquiescer à la demande de celui-ci de faire en sorte qu'il puisse mourir dignement avec le concours de la médecine, pour autant qu'il estime, dans des circonstances concrètes, que ce devoir doit primer l'obligation qu'il a de protéger la vie. L'euthanasie est donc bel et bien un acte médical, fût-il exceptionnel.

Au cours des auditions au Sénat, le docteur Philippart (Ordre des médecins), entre autres, a affirmé que la condition selon laquelle la maladie doit être incurable (que le patient soit ou non en phase terminale) est, en soi, inacceptable. Les déclarations du docteur Clumeck et du docteur Vincent ainsi que celles de 58 dispensateurs de soins palliatifs vont dans le même sens.

*M. Vandeville met en garde contre les risques de dérapages que l'on créerait en mettant les deux situations en question sur le même pied. En ce qui concerne la souffrance physique sans issue, le docteur Mullie met l'accent sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs, le professeur Schotsman évoque le principe d'humanité, qui devrait selon lui régir la manière d'envisager ces problèmes. Mme Kempeneers (*Vereniging van mentaal gehandicapten*) a, elle aussi, exprimé sa crainte d'une assimilation.*

Permettre légalement que l'existence d'une maladie incurable, par hypothèse à un stade non terminal, suffise pour que l'on puisse accomplir un acte dit « euthanasique », c'est faire prévaloir le modèle de l'autodétermination sur le modèle de l'appréciation médicale et de la nécessité médicale (en effet, l'assistance au suicide n'est pas la réponse à une nécessité médicale et n'apporte absolument pas de réponse à une maladie incurable ou à une souffrance insupportable).

Om deze redenen dient het begrip « uitzichtloze medische situatie » te worden aangevuld met « terminale ». » (DOC 50 1488/005).

Amendement nr 26 tot wijziging van artikel 3, § 1 is als volgt opgesteld :

« *De eerste paragraaf van het eerste lid aanvullen met een vierde streepje, luidend als volgt :*

« er naar heersend medisch inzicht geen enkele andere mogelijkheid is om de pijn van de patiënt te lenigen en zijn waardigheid te waarborgen; ».

VERANTWOORDING

Vooraleer een arts, bij het opzettelijk levensbeëindigend handelen op verzoek van de patiënt, zich in een noodtoestand kan bevinden dient hij vast te stellen dat er volgens de stand van de huidige medische wetenschap geen enkele andere mogelijkheid is die de pijn van de patiënt kan verzachten of verder behandelen, alsmede dat alle mogelijkheden uitgeput zijn om de waardigheid van de patiënt in dit geval te waarborgen (bijvoorbeeld door palliatieve zorgverlening). » (DOC 50 1488/005).

Amendement nr 27 tot wijziging van artikel 3, § 1 luidt als volgt :

« *Paragraaf 1, eerste lid, aanvullen met een vijfde streepje, luidend als volgt :*

« elke morele medische, curatieve en palliatieve bijstand die nodig is om het lijden van de patiënt te lenigen en zijn waardigheid te waarborgen, aan de patiënt werd verleend; »

VERANTWOORDING

Het opzettelijk levensbeëindigend handelen op verzoek van de patiënt kan slechts een ultimum remedium zijn.

De arts die zich op de noodtoestand wil beroepen dient dan ook vast te stellen dat de patiënt effectief elke mogelijke bijstand werd verleend om zijn fysiek of geestelijk lijden te lenigen en zijn waardigheid te waarborgen.

Pas indien blijkt dat deze niet volstaan, kan de uitzonderlijke daad van het opzettelijk levensbeëindigend handelen een noodtoestand uitmaken voor de arts. » (DOC 50 1488/005).

De spreekster legt uit dat de bedoeling van de amendementen erin bestaat de voorwaarden waaronder euthanasie ten uitvoer kan worden gelegd aan te vullen. Zij is voorstander van een euthanasieregeling indien de

Pour ces raisons, il faut préciser que le patient se trouvant dans une situation médicale sans issue doit aussi être en phase terminale. » (DOC 50 1488/005).

L'amendement n° 26 tendant à modifier l'article 3, § 1er, est libellé comme suit :

« Dans le § 1er, alinéa 1er, insérer un quatrième tiret, libellé comme suit :

« et selon les conceptions médicales en vigueur, il n'existe aucune autre moyen de traiter la souffrance du patient ni de préserver sa dignité; ».

JUSTIFICATION

S'agissant de l'acte consistant à mettre fin intentionnellement à la vie du patient à la requête de celui-ci, il faut, pour que le médecin se trouve dans un état de nécessité, qu'il ait d'abord constaté que, dans l'état actuel de la science médicale, il n'existe plus aucune possibilité d'adoucir ou de continuer à traiter la souffrance du patient, d'une part, et que l'on a épuisé toutes les possibilités permettant de respecter la dignité du patient (par exemple par le biais de soins palliatifs), d'autre part. » (DOC 50 1488/005).

L'amendement n° 27 tendant à modifier l'article 3, § 1er, est libellé comme suit :

« Compléter le § 1er, alinéa 1er, par un cinquième tiret, rédigé comme suit :

« toute assistance morale, médicale, curative et palliative nécessaire pour soulager les souffrances du patient et préserver sa dignité, a été donnée au patient; »

JUSTIFICATION

L'acte consistant à mettre fin intentionnellement à la vie du patient à la demande de celui-ci ne doit être qu'un remède ultime.

Le médecin qui souhaite invoquer l'état de nécessité doit par conséquent constater que toute l'assistance possible a effectivement été donnée au patient en vue d'atténuer ses souffrances physiques et morales et de préserver sa dignité.

Si cette aide s'avère insuffisante, alors seulement l'acte exceptionnel d'interruption de la vie relèvera de l'état de nécessité pour le médecin. » (DOC 50 1488/005).

L'intervenante explique que les amendements tendent à compléter les conditions auxquelles l'euthanasie peut être pratiquée. Elle n'accepte la réglementation de l'euthanasie, que si le législateur prévoit suffisamment

wetgever in de wet in voldoende waarborgen voorziet en de onduidelijkheden uit het ontwerp verwijdert. Ze verwijst naar de tussenkomst van de heer van Coevorden, een Nederlandse arts, tijdens de hoorzitting in de commissie voor de Volksgezondheid op 8 januari 2002; in die tussenkomst werden de belangrijkste onvolkomenheden van het ontwerp aangewezen. Het feit dat niet alle toekomstige problemen in een wet kunnen worden voorzien, is onvoldoende als verantwoording voor de aanneming van een gebrekkig ontwerp.

De spreekster geeft aan wat volgens haar de belangrijkste onduidelijkheden en verkeerde opties in het ontwerp zijn :

— Er wordt niets vermeld over de strafrechtelijke implicaties van het ontwerp.

— Het verzoek om levensbeëindiging dient volgens het ontwerp te worden herhaald, maar over de modaliteiten van die herhaalde vraag blijft de tekst in het ongewisse. Zo is het onzeker of de vraag van de patiënt bij de herhaling opnieuw op schrift moet worden gesteld.

— Het ontwerp eist dat de arts die door de behandelende arts wordt geraadpleegd onafhankelijk is ten opzichte van de patiënt. Wat is de inhoud van die onafhankelijkheid en hoe kan ze worden afgedwongen ?

— Het toepassingsgebied van het ontwerp strekt zich uit tot niet-terminale personen en tot mensen die enkel psychisch lijden, waardoor de tekst te veel tendeert naar levensbeëindiging op verzoek. Het is wel degelijk mogelijk om het begrip « terminaliteit » te omschrijven; de wetgever zou er bijvoorbeeld voor kunnen opteren om de mogelijkheid van euthanasie voor te behouden aan personen die vermoedelijk minder dan 20 dagen van hun overlijden verwijderd zijn. Zoals professor Vanneste stelde tijdens de hoorzittingen, valt wie ongeneeslijk ziek is en in psychische nood verkeert, doch wellicht niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, buiten de euthanasieproblematiek, die immers nauw verbonden is met het levenseinde. Existentiële nood mag in geen geval gelijkgesteld worden met een noodtoestand; het begrip « noodtoestand » impliceert immers gewetensnood in hoofde van een arts en is nauw verbonden met terminaliteit. Ook professor Adams was van oordeel dat een te zeer verabsoluteerd subjectief beslissingsrecht niet aanleiding geeft tot euthanasie, maar tot hulp bij zelfdoding.

— Om misbruiken te voorkomen dienen bijkomende zorgvuldigheidsvoorwaarden in het ontwerp te worden ingeschreven; zelfs de liberaal geachte Nederlandse euthanasiewet voorziet in meer waarborgen.

— De geraadpleegde arts moet in het voorliggende ontwerp enkel een medische beoordeling van de toestand van de patiënt maken. Het is verkieslijk dat zijn adviesplicht zich ook uitstrekt tot de ethische aspecten van de toepassing van euthanasie.

— Er is nood aan een effectieve palliatieve filter, terwijl het ontwerp enkel gewag maakt van een bespreking

de garanties dans la loi et élimine les imprécisions que contient le projet. Elle renvoie à l'intervention de M. Coevorden, médecin néerlandais, lors de l'audition organisée le 8 janvier 2002 en commission de la Santé publique. Dans cette intervention, l'intéressé a épinglé les principales imperfections du projet. Le fait que tous les problèmes futurs ne puissent pas être prévus dans une loi ne suffit pas à justifier l'adoption d'un projet bancal.

L'intervenante énumère quelles sont, selon elle, les principales imprécisions et options erronées du projet :

— Les implications pénales du projet sont passées sous silence.

— Selon le projet, la demande d'euthanasie doit être répétée, mais le texte ne souffle mot des modalités de cette demande répétée. Se pose ainsi la question de savoir si la demande du patient doit être répétée par écrit.

— Le projet exige que le médecin consulté par le médecin traitant soit indépendant à l'égard du patient. Que recouvre cette indépendance et comment peut-on l'imposer ?

— Le champ d'application du projet s'étendant aux personnes qui ne se trouvent pas en phase terminale et aux personnes qui ne font état que d'une souffrance psychique, le texte penche trop vers l'interruption de vie sur demande. Or, il est possible de décrire la notion de « phase terminale »; le législateur pourrait, par exemple, choisir de réserver l'euthanasie aux personnes auxquelles il reste moins de 20 jours à vivre. Ainsi que le professeur Vanneste l'a souligné au cours des auditions, la personne qui souffre d'une maladie incurable et est en état de détresse psychique, mais qui ne décèdera probablement pas à brève échéance, n'entre pas dans le cadre de l'euthanasie, celle-ci étant étroitement liée à la fin de vie. Une détresse existentielle ne peut en aucun cas être assimilée à un état de nécessité; la notion d'« état de nécessité » implique en effet une détresse morale dans le chef du médecin et est étroitement liée à la phase terminale. Le professeur Adams a, lui aussi, estimé que, lorsqu'il est trop absolu, le droit de décision subjective ne conduit pas à l'euthanasie, mais à l'aide au suicide.

— Pour éviter les abus, il convient de prévoir des critères de rigueur complémentaires dans le projet; même la loi néerlandaise relative à l'euthanasie, jugée libérale, prévoit davantage de garanties.

— Conformément au projet à l'examen, le médecin consulté doit uniquement rédiger un rapport sur l'état du patient. Il serait préférable que son devoir d'avis s'étende également aux aspects éthiques de l'application de l'euthanasie.

— Il s'impose de prévoir un filtre palliatif effectif, alors que le projet se borne à faire état d'un examen des pos-

van de resterende mogelijkheden inzake palliatieve zorgverlening. Ook professor Distelmans gaf tijdens de hoorzitting in de commissie voor de Volksgezondheid blijk van zijn voorkeur voor de verplichte raadpleging van een palliatief deskundige.

De heer Hugo Coveliers (VLD) is van mening dat de verschillende standpunten over de vraag of euthanasie toelaatbaar is voor niet-terminale personen blijk geven van fundamentele filosofische verschillen, waarover wellicht geen consensus mogelijk is. Terwijl ook hij in eerste instantie voorstander was van de uitsluiting van niet-terminale patiënten, vindt hij nu dat dit discriminerend zou zijn ten opzichte van sommige patiënten, die hun leven in die mate kwaliteitsarm achten dat ze niet verder willen leven. Men mag iemand die zwaar lijdt, ook als hij niet terminaal is, niet het recht ontzeggen om uit het leven te stappen. Euthanasie in de allerlaatste dagen van het leven van een persoon, wat volgens mevrouw Schauvliege de enig toelaatbare toepassing is, is eigenlijk niets anders dan een ver doorgedreven vorm van palliatieve zorgverlening en gaat grotendeels voorbij aan de vrije wil van een persoon.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) verwijst naar senator Patrick Vankrunkelsven, die, ondanks het feit dat hij het ontwerp bij de stemming in de Senaat heeft goedgekeurd, van mening is dat het toepassingsgebied van de wet te ruim is. De heer Fernand Keuleneer gaf in de hoorzitting op 27 februari 2002 blijk van dezelfde overtuiging en wees op de discriminatie binnen de categorie van niet-terminale personen tussen wie lijdt door een handicap en wie lijdt door ziekte of ongeval; enkel de laatste groep kan aanspraak maken op levensbeëindigend handelen. De kans is groot dat het Arbitragehof dat onderscheid niet gerechtvaardigd zal achten.

Het risico bestaat dat er een enorme druk komt te liggen op personen met een handicap, poliopatiënten en anderen met een ongeneeslijke ziekte : zij worden als het ware gedwongen tot het stellen van de vraag naar de zin van hun leven, in het bijzonder als anderen die zich in hetzelfde geval bevinden ervoor kiezen uit het leven te stappen. De wetgever dient zich ook rekenschap te geven van de kwetsbare situatie waarin een persoon met een zware handicap zich bevindt en die het oordeelsvermogen van de betrokkene in aanzienlijke mate kan aantasten. Bovendien zal de economische druk van een samenleving die de uitgaven voor gezondheidszorg wil beperken reëel zijn.

De spreker is er ten slotte van overtuigd dat sommige artsen lichtzinnig met het euthanasieprobleem zullen omgaan en daardoor al dan niet bewust de indruk zullen wekken dat leven in moeilijke omstandigheden niet de moeite waard is.

sibilités encore envisageables qu'offrent les soins palliatifs. Au cours des auditions en commission de la Santé publique, le professeur Distelmans s'est dit, lui aussi, favorable à la consultation obligatoire d'un spécialiste en soins palliatif.

M. Hugo Coveliers (VLD) estime que les différents points de vue exprimés sur la question de savoir si l'euthanasie est admissible pour des personnes ne se trouvant pas en phase terminale témoignent d'approches philosophiques fondamentalement différentes, au sujet desquelles il est sans doute impossible de parvenir à un consensus. Alors que lui-même était d'abord partisan d'exclure les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale, il considère aujourd'hui qu'il pourrait s'agir là d'une discrimination à l'égard de certains patients qui jugent leur vie à ce point dénuée de qualité qu'ils ne souhaitent plus la prolonger. On ne peut pas refuser le droit de mourir à quelqu'un qui est en proie à de terribles souffrances, même s'il ne se trouve pas en phase terminale. L'euthanasie qui est pratiquée dans les tout derniers jours de la vie d'une personne et qui, selon Mme Schauvliege, est la seule admissible, n'est en réalité autre chose qu'une forme poussée à l'extrême de soins palliatifs et échappe en grande partie au libre arbitre de la personne.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) cite l'exemple du sénateur Vankrunkelsven, qui, bien qu'il ait approuvé le projet lors du vote au Sénat, estime que son champ d'application est trop large. Lors de son audition, le 27 février 2002, M. Fernard Keuleneer a abondé dans le même sens, soulignant que la discrimination qui est faite, au sein de la catégorie des personnes ne se trouvant pas en phase terminale, entre celles qui souffrent d'un handicap et celles qui souffrent d'une maladie ou des suites d'un accident; seules ces dernières peuvent réclamer l'euthanasie. Il y a de fortes chances que la Cour d'arbitrage juge cette distinction injustifiée.

Les personnes souffrant d'un handicap ou atteintes de poliomyélite ou d'une maladie incurable risquent d'être soumises à d'énormes pressions : elles seront pour ainsi dire obligées de s'interroger quant au sens de leur vie, surtout si d'autres personnes dans la même situation ont décidé d'en finir avec la vie. Le législateur doit aussi prendre conscience de la vulnérabilité d'une personne souffrant d'un handicap grave qui peut considérablement altérer sa faculté de discernement. Cette personne subira en outre la pression économique d'une société qui veut limiter les dépenses de soins de santé.

Enfin, l'intervenant est persuadé que certains médecins prendront le problème de l'euthanasie à la légère et donneront dès lors l'impression, consciemment ou non, que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue dans des conditions difficiles.

De heer Fred Erdman (SP.A) vindt dat de druk bij de toepassing van euthanasie vooral op de arts rust. De door de patiënt gestelde vraag is immers niet het enige element waarmee hij rekening moet houden : hij moet ook nagaan of alle voorwaarden van de wet vervuld zijn. De mensen uit de omgeving van een ongeneeslijk zieke persoon die levensmoe is kunnen trouwens ook druk ervaren als die persoon wil dat er een einde aan zijn leven komt.

Een essentieel punt van discussie is de vraag of je de mogelijkheid van euthanasie moet voorbehouden aan de moeilijk bepaalbare categorie van terminale patiënten. Het alternatief, waarvoor in het ontwerp werd geopteerd, is de aanneming van bijkomende voorwaarden voor niet-terminale personen. Volgens de spreker is vooral de onomkeerbaarheid in de evolutie van het lijden van een patiënt van belang.

De heer Joseph Arens (PSC) vindt dat een euthanasiewet niet echt noodzakelijk is omdat artikel 71 van het Strafwetboek reeds bepaalt dat er geen misdrijf is wanneer de beschuldigde of de beklaagde werd gedwongen door een macht die hij niet heeft kunnen weerstaan. Hij verzet zich echter niet tegen een euthanasiewet als dusdanig, maar vindt wel dat de omschrijving van het begrip « euthanasie » in het wetsontwerp moet worden aangepast en dat de voorwaarden strenger moeten worden. Hij kant zich tegen de legalisering van om het even welke vorm van hulp bij zelfdoding; euthanasie daarentegen kan geoorloofd zijn, maar enkel op voorwaarde dat alle andere mogelijkheden (met name palliatieve zorgverlening) werden uitgeput en dat de mogelijkheid beperkt blijft tot terminale patiënten.

De spreker dient amendement nr 44 tot wijzing van artikel 3, § 1, eerste lid in. Het amendement luidt als volgt :

« *In § 1, eerste lid, eerste streepje, de woorden « of een ontvoogde minderjarige » weglaten.*

VERANTWOORDING

De toepassing van de ontworpen bepalingen ten aanzien van de minderjarigen verdient heel bijzondere aandacht en specifieke beschermingsmaatregelen. Het betreft een uitermate kies vraagstuk en kan niet zo simplistisch worden geregeld, zoals de truc om een wettelijke fictie zoals ontvoogding in te roepen.

Volgens de artikelen 476 en volgende van het Burgerlijk Wetboek is een minderjarige niet alleen van rechtswege ontvoogd ingevolge diens huwelijk (anders gesteld bij zijn meerderjarigheid wanneer hij de leeftijd van 18 jaar bereikt, of zelfs vóór 18 jaar indien hij een vrijstelling geniet), maar ook met de toestemming van de rechtbank zodra hij de volle leeftijd van vijftien jaar heeft bereikt.

M. Fred Erdman (SP.A) estime que c'est principalement le médecin qui subit des pressions pour pratiquer l'euthanasie. La demande formulée par le patient n'est en effet pas le seul élément dont il doit tenir compte : il doit également vérifier si toutes les conditions énumérées par la loi sont réunies. L'entourage d'un malade atteint d'une maladie incurable et fatigué de vivre peut d'ailleurs lui aussi subir des pressions si cette personne souhaite que l'on mette un terme à sa vie.

Une des questions essentielles du débat est de savoir s'il faut limiter l'euthanasie à la catégorie, difficile à définir, des patients en phase terminale. L'alternative retenue par le projet consiste à prévoir des conditions supplémentaires pour les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale. L'intervenant considère que c'est l'irréversibilité de la souffrance du patient qui est l'élément le plus important.

M. Joseph Arens (PSC) estime qu'une loi relative à l'euthanasie n'est pas vraiment nécessaire, parce que l'article 71 du Code pénal dispose déjà qu'il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. Il ne s'oppose toutefois pas à une loi relative à l'euthanasie, en tant que telle, mais estime que la définition de la notion d'« euthanasie » figurant dans le projet de loi doit être adaptée et que les conditions doivent être plus strictes. Il s'oppose à la légalisation de toute forme d'aide au suicide; en revanche, l'euthanasie peut être autorisée, mais uniquement à condition que toutes les autres possibilités (dont les soins palliatifs) aient été épuisées et que cette extrémité demeure limitée aux patients en phase terminale.

L'intervenant présente un amendement (n° 44) visant à modifier l'article 3, § 1er, alinéa 1er. L'amendement est libellé comme suit :

« *Au § 1er, alinéa 1er, premier tiret, supprimer les mots « ou mineur émancipé ».*

JUSTIFICATION

L'application des dispositions en projet aux personnes mineures d'âge mérite une attention toute particulière et des dispositions protectrices spécifiques. Cette question est extrêmement délicate et ne peut être réglée de manière aussi simpliste par ce qui est un artifice consistant à faire appel à une fiction légale qui est celle de l'émancipation.

Selon les articles 476 et suivants du Code civil, le mineur est émancipé de plein droit, non seulement par le mariage (c'est à dire à l'âge de la majorité, soit 18 ans, ou même avant 18 ans s'il bénéficie d'une dispense), mais aussi moyennant autorisation du tribunal et ce, dès l'âge de 15 ans accomplis.

Ontvoogding is geen systeem van vervroegde meerderjarigheid, maar een overgangsstelsel waarbij vrijheid gepaard gaat met de bescherming van de minderjarige (aangezien deze voor bepaalde handelingen niet onder een stelsel van vertegenwoordiging valt, maar onderworpen blijft aan bijstand middels curatele of voogdij).

Ons inziens is een en ander dan ook niet het juiste middel om euthanasie op minderjarigen te benaderen. » (DOC 50 1488/006).

De rechtsfiguur van de ontvoogding van minderjarigen heeft een specifieke finaliteit (de bevoegdheid tot het stellen van handelsdaden), die niets te maken heeft met de finaliteit van de euthanasiewet. Daarom strekt zijn amendement ertoe om de groep van de ontvoogde minderjarigen te schrappen uit het toepassingsgebied van de wet. De spreker stelt ook vast dat verschillende senatoren van de meerderheid euthanasie wilden voorbehouden aan meerderjarigen.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) wijst erop dat in ons rechtssysteem minderjarigen in veel domeinen anders worden behandeld dan meerderjarigen en dat daar goede redenen voor zijn. De legalisering van euthanasie voor meerderjarigen reikt dus geen verantwoording aan voor de toelaatbaarheid van euthanasie voor minderjarigen. Hij vreest bovendien voor een oneigenlijk gebruik van de rechtsfiguur van de ontvoogding : sommige jongeren zullen vragen om te worden ontvoogd om euthanasie te kunnen laten toepassen.

De heer Fred Erdman (SP.A) gelooft niet dat oneigenlijk gebruik van de ontvoogdingsfiguur zal voorkomen : de rechter die moet beslissen over een ontvoogdingsverzoek moet nagaan of de door de wet geëiste finaliteit voorhanden is en zal dus verhinderen dat een persoon wordt ontvoogd om andere redenen.

De spreker verwijst naar de argumentatie die de Senaat ontwikkeld heeft met betrekking tot het vraagstuk van euthanasie voor minderjarigen; die argumentatie kan op zijn instemming rekenen. De problematiek van zwaar lijdende, ongeneeslijk zieke minderjarigen wordt door het ontwerp gedeeltelijk, doch niet volledig opgelost : ontvoogde minderjarigen komen in aanmerking, maar het is ook zonneklaar dat niet-ontvoogde minderjarigen niet onder de euthanasiewet ressorteren en dus geen aanspraak maken op een « zachte dood ». Misschien zal de wetgever in de toekomst het toepassingsgebied verder uitbreiden, maar in de huidige context werd dat niet wenselijk geacht.

De heer Hugo Coveliers (VLD) bevestigt dat de enige finaliteit van ontvoogding gelegen is in het stellen van handelsdaden. De figuur werd door de wetgever geïntroduceerd toen de meerderjarigheid nog op 21 jaar lag. Sinds de meerderjarigheid op 18 jaar werd gebracht heeft de rechtsfiguur van ontvoogding nog maar zelden toepassing gekend, onder meer omdat personen slechts bevoegd zijn tot het stellen van handelsdaden (en dus

L'émancipation n'est pas un système de majorité anticipée, mais un système de transition qui combine à la fois liberté et protection du mineur (puisque pour certains actes, le mineur reste soumis non à un régime de représentation mais à un régime d'assistance par un curateur ou soumis aux règles de la tutelle.

Il nous semble dès lors inadéquat d'aborder l'euthanasie des mineurs par ce biais. » (DOC 50 1488/006).

L'émancipation des mineurs répond à une finalité spécifique (la compétence d'accomplir des actes de commerce) qui n'a rien à voir avec la finalité de la loi relative à l'euthanasie. C'est la raison pour laquelle son amendement tend à exclure le groupe des mineurs émancipés du champ d'application de la loi. L'intervenant constate aussi que plusieurs sénateurs de la majorité voulaient réserver l'euthanasie aux personnes majeures.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) souligne que dans notre système juridique, les mineurs d'âge sont traités différemment des personnes majeures dans de nombreux domaines et qu'il y a de bonnes raisons à cela. La légalisation de l'euthanasie pour les personnes majeures ne justifie donc pas qu'elle le soit également pour les mineurs. Il craint en outre qu'il soit fait un usage impropre de la faculté d'émancipation : certains jeunes pourraient demander à être émancipés afin de pouvoir bénéficier de l'euthanasie.

M. Fred Erdman (SP.A) ne croit pas que l'on abusera de la faculté d'émancipation : le juge devant statuer sur une demande d'émancipation doit vérifier si les conditions exigées par la loi sont remplies et empêchera ainsi qu'une personne soit émancipée pour d'autres raisons.

L'intervenant renvoie à l'argumentation formulée par le Sénat concernant la question de l'euthanasie de mineurs d'âge et déclare y souscrire. La problématique relative aux mineurs d'âge endurant d'importantes souffrances et atteints de maladies incurables n'est que partiellement réglée par le projet de loi, et même si les mineurs émancipés peuvent prétendre à l'euthanasie, il est en revanche tout à fait clair que les mineurs non émancipés ne relèvent pas de la loi sur l'euthanasie et ne peuvent donc pas prétendre à une « mort douce ». Il se peut qu'à l'avenir, le législateur élargisse le champ d'application de cette loi, mais dans le contexte actuel, cette éventualité n'a pas été jugée souhaitable.

M. Hugo Coveliers (VLD) confirme que la seule finalité de l'émancipation réside dans l'accomplissement d'actes de commerce. La faculté d'émancipation a été instaurée par le législateur lorsque la majorité était encore fixée à 21 ans. Depuis que l'âge de la majorité a été ramené à 18 ans, il n'a que rarement été fait usage de cette faculté, notamment parce qu'un individu n'est apte à accomplir des actes de commerce (et donc à être

eventueel kunnen worden ontvoogd) als ze een diploma van secundair onderwijs hebben behaald.

Als toch geen praktische toepassing wordt verwacht van de mogelijkheid van levensbeëindiging voor ontvoogde minderjarigen, vindt *de heer Bart Laeremans (Vlaams Blok)* dat de wetgever de mogelijkheid het best formeel uitsluit en daardoor potentiële misbruiken verhindert. De bekwaamheid tot het stellen van handelsdaden is in de context van het voorliggende ontwerp geen objectief criterium, maar kan wel een breekijzer worden om op termijn alle minderjarigen binnen het toepassingsgebied van de wet te brengen, door een wetswijziging of in eerste instantie door een veroordeling door het Arbitragehof wegens schending van het gelijkheidsbeginsel. De Nederlandse euthanasiewet is logischer : in die wet is niet geopteerd voor de openstelling van euthanasie voor minderjarigen via een oneigenlijke weg, maar er wordt een helder onderscheid op grond van leeftijd gemaakt (categorie 12-16 jaar en categorie 16-18 jaar) en er dient *in concreto* te worden nagegaan of de minderjarige bekwaam is om zijn eigen situatie redelijk te waarderen.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) verwijst naar het advies van de commissie voor de Volksgezondheid, waarin unaniem wordt gevraagd om een palliatieve filter in de wet in te schrijven en om euthanasie uit te sluiten voor wie louter psychisch lijdt; bovendien waren er in die commissie bij een eerste stemming evenveel voorals tegenstanders van de beperking van de toepassing van euthanasie tot terminale personen. De spreekster stelt vast dat oppositiefracties amendementen hebben ingediend die de adviezen in de wet willen doen opnemen en vraagt zich af wat de leden van de meerderheid zullen doen : zullen zij de ingediende amendementen steunen, zullen zij zelf amendementen met dezelfde inhoud indienen of zullen zij de adviezen van de commissie voor de Volksgezondheid naast zich neerleggen ? Zij zou het ten zeerste betreuren indien volstrekt geen rekening zou worden gehouden met de waardevolle adviezen.

Ook *de heer Koen Bultinck (Vlaams Blok)* vindt dat het constructieve advies van de commissie voor de Volksgezondheid moet worden gehonoreerd.

De heer Yvan Mayeur (PS) zegt dat er in de commissie voor de Volksgezondheid over de legalisering van euthanasie grote eensgezindheid bestond, ook al was die eensgezindheid minder groot over de situaties waarin euthanasie toelaatbaar is. Hij wijst erop dat het advies er niet toe strekt de tekst van het ontwerp te wijzigen : het advies geeft enkel aan op welke wijze het ontwerp het best wordt geïnterpreteerd. Dit wordt betwist door *de heer José Vande Walle (CD&V)* en *de heer Koen Bultinck (Vlaams Blok)*, die van mening zijn dat er zich in de commissie voor de Volksgezondheid wel degelijk een meerderheid heeft afgetekend voor een aanpassing van de tekst van het ontwerp op belangrijke punten.

éventuellement émancipé) que lorsqu'il a obtenu son diplôme de l'enseignement secondaire.

Même si, dans la pratique, aucune possibilité d'euthanasie ne sera accordée aux mineurs d'âge émancipés, *M. Bart Laeremans (Vlaams Blok)* estime qu'il serait préférable que le législateur exclue formellement cette possibilité et empêche ainsi tout abus. Dans le contexte du projet à l'examen, l'aptitude à accomplir des actes de commerce ne constitue pas un critère objectif, mais peut être un moyen pour faire relever à terme tous les mineurs d'âge du champ d'application de la loi par le biais d'une modification de cette loi ou, en premier lieu, par une condamnation de la Cour d'arbitrage pour violation du principe d'égalité. La loi néerlandaise sur l'euthanasie est plus logique : elle n'emprunte pas de détour pour ouvrir la voie de l'euthanasie aux mineurs, mais fait une distinction claire en fonction de l'âge des intéressés (une catégorie de 12 à 16 ans et une catégorie de 16 à 18 ans) et prévoit qu'il faut vérifier concrètement si le mineur est apte à évaluer raisonnablement la situation dans laquelle il se trouve.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) renvoie à l'avis de la commission de la Santé publique, qui a demandé à l'unanimité de prévoir un filtre palliatif dans la loi, et d'interdire l'euthanasie aux personnes dont les souffrances sont exclusivement de nature psychique. Lors d'un premier vote, le nombre de membres de la commission précitée favorables à la limitation de l'application de l'euthanasie aux patients en phase terminale était, en outre, égal à celui des opposants. L'intervenante constate que les groupes de l'opposition ont présenté des amendements tendant à faire figurer les avis dans la loi, et demande ce que les membres de la majorité comptent faire. Ont-ils l'intention d'adopter les amendements présentés; de présenter des amendements de même teneur; ou d'ignorer les avis de la commission de la Santé publique ? Elle déplorerait amèrement que l'on ne tienne aucunement compte de ces avis précieux.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) estime, lui aussi, qu'il y a lieu de donner suite à l'avis constructif formulé par la commission de la Santé publique.

M. Yvan Mayeur (PS) estime que, si une grande unanimité existait au sein de la commission de la Santé publique sur le thème de la légalisation de l'euthanasie, cette unanimité était moins marquée sur celui des situations où il convenait de l'admettre. Il fait observer que l'avis précité ne vise pas à modifier le texte du projet. Cet avis indique seulement comment l'interpréter au mieux. Son analyse est contestée par *M. José Vande Walle (CD&V)*, ainsi que par *M. Koen Bultinck (Vlaams Blok)*, qui estiment qu'une majorité des membres de la commission de la Santé publique s'est prononcée, au contraire, en faveur de la modification de certains points importants du texte du projet.

De heer José Vande Walle (CD&V) c.s. dienen amendement nr 90 in, dat als volgt luidt :

« In § 1, tweede streepje, de woorden « met kennis van zaken, » invoegen tussen het woord « vrijwillig, » en het woord « overwogen ».

VERANTWOORDING

Professor Herman Nys merkte op tijdens de hoorzitting dat het ontwerp één van de belangrijkste medisch-rechtelijke voorwaarden voor een geldig verzoek over het hoofd ziet. Namelijk dat het verzoek dient te gebeuren met kennis van zaken. Dit is een terechte opmerking; ook het wetsontwerp patiëntenrechten vereist een toestemming gebaseerd op informatie, niet alleen over zijn huidige gezondheidstoestand en de mogelijke behandelingen, de alternatieven en de risico's maar ook over de handeling zelf. Deze vereiste van « informed consent *» ontbreekt of wordt althans beperkt tot informatie over de gezondheidstoestand, de levensverwachting, de eventueel resterende therapeutische en palliatieve mogelijkheden (artikel 3, § 2, 1°). »* (DOC 50 1488/006).

De spreker verduidelijkt dat het amendement werd geïnspireerd door de uiteenzetting van professor Nys tijdens de hoorzitting op 27 februari 2002. De patiënt kan maar een kwaliteitsvolle beslissing over eigen leven en dood nemen als hij grondig over alle aspecten van zijn ziekte en van de eventuele toepassing van euthanasie wordt geïnformeerd. Dat fundamentele beginsel van « *informed consent* » wordt in het ontwerp te beperkend ingevuld en dus is uitbreiding van de inhoud van het recht op informatie in de tekst aangewezen, meer bepaald door ertoe te verplichten dat het verzoek wordt geformuleerd na « kennis van zaken » te hebben verkregen.

De heer Fred Erdman (SP.A) wijst erop dat artikel 3, § 1, tweede streepje vermeldt dat het euthanasieverzoek overwogen en vrijwillig moet zijn en zonder externe druk dient te zijn tot stand gekomen. *De facto* betekent dit dat de patiënt kennis van zaken moet hebben voor hij de euthanasievraag stelt; de concrete veruitwendiging van de informatieverplichting maakt deel uit van het « *colloque singulier* » tussen arts en patiënt.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) c.s. dienen amendement nr 18 in dat het artikel beoogt te doen vervallen.

« VERANTWOORDING

De indieners zijn van oordeel dat een arts die euthanasie toepast in de opgesomde situaties wel een misdrijf pleegt overeenkomstig de vigerende strafwet. Overigens wordt in het ontworpen artikel 3 geen onderscheid

M. Vande Walle (CD&V) et consorts présentent un amendement n° 90 libellé comme suit :

« Dans le § 1er, deuxième tiret, entre le mot « formulée » et les mots « de manière », insérer les mots « en connaissance de cause et ».

JUSTIFICATION

Lors de son audition, le professeur Herman Nys a souligné que le projet négligeait une des conditions essentielles au regard du droit médical, à savoir le fait que la demande doit être formulée en toute connaissance de cause. C'est une observation pertinente. Le projet de loi relatif aux droits du patient prévoit d'ailleurs aussi un consentement du patient basé sur l'information, non seulement concernant son état de santé actuel, les traitements envisageables, les alternatives et les risques, mais aussi concernant le traitement proprement dit. Cette condition de consentement éclairé (« informed consent *») fait défaut dans le projet à l'examen ou est, en tout cas, limitée à l'information sur l'état de santé, l'espérance de vie et les éventuelles autres possibilités thérapeutiques et palliatives (article 3, § 2, 1°). »* (DOC 50 1488/006).

L'intervenant explique que l'amendement est inspiré de l'exposé donné par le professeur Nys au cours de l'audition du 27 février 2002. Le patient ne peut prendre une décision lucide concernant sa propre vie et sa propre mort que s'il est clairement informé de tous les aspects de sa maladie et de la pratique éventuelle de l'euthanasie. Ce principe fondamental du consentement éclairé (« *informed consent* ») est défini trop restrictivement dans le projet et il est donc recommandé d'élargir le contenu de la notion de droit à l'information, et ce, plus particulièrement, en imposant que la demande soit formulée « en connaissance de cause ».

M. Erdman (SP.A) souligne que l'article 3, § 1er, deuxième tiret, mentionne que la demande d'euthanasie doit être formulée de manière volontaire et réfléchie et ne peut résulter d'une pression extérieure. Ceci implique *de facto* que le patient doit être dûment informé avant de formuler sa demande d'euthanasie; la concrétisation de cette obligation d'information doit se faire lors du « colloque singulier » entre médecin et patient.

Mme Colen (Vlaams Blok) et consorts présentent l'amendement n° 18 tendant à supprimer cet article.

« JUSTIFICATION

Les auteurs estiment qu'un médecin qui pratique l'euthanasie dans les conditions énoncées dans cet article commet bel et bien un crime au regard des dispositions pénales en vigueur. Par ailleurs, il n'est fait aucune

gemaakt tussen terminale en niet-terminale patiënten, wat toch wel een bijzonder verschil inhoudt. Expliciet wordt in § 3 dan ook de mogelijkheid voorzien euthanaserende handelingen toe te passen op personen die niet in een stervensfase verkeren. Er is bovendien niet uitgelegd welke ziekten of handicaps hiervoor mogelijk in aanmerking komen, wat de weg naar aberraties kan inluiden. Eveneens wordt in hetzelfde artikel onvoldoende de mogelijkheden van palliatieve zorg onderstreept. Dit artikel is dus onvolledig, onzorgvuldig en onduidelijk. » (DOC 50 1488/003)

Door het amendement wil de spreekster vooral de aandacht vestigen op het belang van het onderscheid tussen terminale en niet-terminale patiënten. Ze is bereid haar goedkeuring te hechten aan een amendement dat niet-terminale personen expliciet uitsluit van de toepassing van euthanasie, wat overigens niet belet dat ze principieel gekant blijft tegen het hele ontwerp.

De spreekster is van mening dat het wetsontwerp vele onduidelijkheden laat bestaan. Wanneer is de toestand van een patiënt medisch uitzichtloos ? De heer Coveliers zegt het zelfbeschikkingsrecht voor te staan, maar ook hij aanvaardt dat nog andere, objectievere voorwaarden met betrekking tot het ziektebeeld en het lijden moeten vervuld zijn. Dat het zelfbeschikkingsrecht zelfs volgens de indieners van het ontwerp niet voor iedereen mag gelden, bewijst dat het niet zomaar als uitgangspunt van wetgeving met betrekking tot euthanasie mag worden genomen. Als christen vindt zij dat een subjectieve waardering van het leven niet aan de grondslag mag liggen van een beslissing over leven en dood.

In het ontwerp verleent de overheid aan privé-personen het recht om te doden; dit vormt de start van een proces, dat uiteindelijk zal leiden naar de aanvaarding van dood op verzoek met tussenkomst van het medische korps.

Mevrouw Jacqueline Herzet (MR) stelt dat het gevoerde debat gaat over de ziel en het geweten van de mens. Over de essentie is geen overeenstemming mogelijk door de onoverbrugbare levensbeschouwelijke en filosofische overtuigingen.

De spreekster vindt dat mensen niet mogen of kunnen oordelen over het lijden van anderen. Met welk recht kunnen wij anderen verplichten te lijden ?

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) repliceert dat haar verzet tegen de legalisering van euthanasie niet kan worden gelijkgesteld met de keuze voor het laten lijden van mensen. Zij is wel degelijk bezorgd om de lijdende medemens, maar er zijn andere wijzen, *in casu* palliatieve zorgverlening, om hiervoor oplossingen aan te reiken. Ze wijst erop dat ook de meerderheid van de artsen, die toch vaak te maken krijgen met menselijk

distinction dans l'article 3 en projet entre les patients en phase terminale et les patients qui ne sont pas en phase terminale, ce qui constitue pourtant une sérieuse différence. Le § 3 prévoit par conséquent explicitement la possibilité de pratiquer des actes d'euthanasie sur des personnes qui ne sont pas à l'agonie. On n'explique pas non plus quelles maladies ou quels handicaps peuvent entrer en ligne de compte à cet égard, ce qui peut déboucher sur des aberrations. On n'insiste pas non plus suffisamment, dans ce même article, sur les possibilités de soins palliatifs. Il est donc incomplet, approximatif et peu clair. » (DOC 50 1488/003).

Par cet amendement, l'intervenante souhaite avant tout attirer l'attention sur l'intérêt d'établir une distinction entre les patients qui se trouvent en phase terminale et ceux qui ne s'y trouvent pas. Elle serait disposée à approuver un amendement qui exclurait expressément du champ d'application de l'euthanasie les personnes ne se trouvant pas en phase terminale, ce qui par ailleurs ne l'empêche pas de rester en principe opposée à l'ensemble du projet.

L'intervenante estime que le projet de loi laisse subsister de nombreuses imprécisions. Quand l'état d'un patient est-il sans issue ? M. Coveliers dit être partisan du droit à l'autodétermination, mais accepte néanmoins que d'autres conditions plus objectives concernant le syndrome et la souffrance doivent être remplies. Que même les auteurs du projet estiment que le droit à l'autodétermination ne peut s'appliquer à tout un chacun prouve que celui-ci ne peut constituer le fondement d'une loi relative à l'euthanasie. En tant que chrétienne, elle estime qu'une appréciation subjective de la vie ne peut être à la base d'une décision de vie ou de mort.

Par ce projet, l'autorité confère à des personnes privées le droit de tuer; cela constitue le début d'un processus qui débouchera finalement sur l'acceptation de la mort sur demande à l'intervention du corps médical.

Mme Jacqueline Herzet (MR) souligne que le débat porte sur l'âme et la conscience de l'homme. Aucun consensus ne peut être dégagé sur le fond, en raison des conceptions de vie et des convictions philosophiques inconciliables.

L'intervenante estime que personne ne peut ou ne sait juger la souffrance d'autrui. De quel droit pouvons-nous obliger les autres à souffrir ?

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) réplique que son opposition à la légalisation de l'euthanasie ne saurait être assimilée au choix de laisser souffrir des personnes. Elle est bel et bien préoccupée par la souffrance de ses semblables, mais il y a d'autres façons, en l'occurrence les soins palliatifs, d'apporter des solutions à cette problématique. Elle fait observer que la majorité des médecins, qui ont souvent à faire à la souffrance hu-

leed en in die zin « experten » zijn, gekant is tegen de legalisering van euthanasie.

De spreekster heeft vertrouwen in het inschattingsvermogen van artsen en rechters. De wetgever moet toch ook niet bepalen welke vorm het therapeutisch handelen van artsen moet aannemen ? Zij vindt dat de wetgever evenmin regels moet invoeren voor alle mogelijke medische beslissingen omtrent het levenseinde.

De heer Jacques Germeaux (VLD) zegt dat hij ook in zijn hoedanigheid van arts zijn goedkeuring hecht aan het ontwerp. Bij patiënten stelt hij geen weerstand tegen euthanasie vast; mensen zijn in de eerste plaats bang voor toekomstig lijden niet voor ongevraagde levensbeëindiging.

De spreker betwist de stelling dat artsen lichtzinnig met vragen van leven en dood omgaan. Integendeel : het risico op therapeutische hardnekkigheid is oneindig veel groter dan het risico op een lichtzinnige toepassing van euthanasie. Om te verhinderen dat artsen het leven van een patiënt te lang rekken, moet een ongeneeslijke patiënt het recht hebben om een andere keuze dan de arts te maken, zoals hij ook met betrekking tot therapeutisch handelen mag beslissen of hij een ingreep wil ondergaan.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vindt dat therapeutische hardnekkigheid inderdaad onwenselijk is, maar hij denkt dat het risico van euthanasie op verzoek na inwerkingtreding van het ontwerp groter zal worden; het recht op leven zal immers niet meer absoluut zijn.

In het Belgische ontwerp staat het subjectief verlangen van de patiënt centraal, terwijl rechterlijke uitspraken in Nederland aangeven dat ook de objectieve elementen een belangrijke plaats in de beoordeling door een arts moeten innemen : Nederlandse rechters hebben in sommige gevallen (bijvoorbeeld in de zaak-Chabot) de aangereikte verantwoording voor de toepassing van euthanasie niet aanvaard omdat de arts in onvoldoende mate de alternatieven voor de leniging van pijn in overweging had genomen. De verabsolutering van de euthanasievraag van de patiënt werd terecht verworpen; het valt dus te betreuren dat de Belgische wetgever die onzalige weg wil opgaan.

De heer Fred Erdman (SP.A) vindt dat de heer Laeremans het wetsontwerp buiten zijn context plaatst : euthanasie op aanvraag wordt na aanneming van het ontwerp allerminst geoorloofd.

Mevrouw Fientje Moerman (VLD) gelooft niet dat een volledig objectieve omschrijving van de voorwaarden voor de toepassing van euthanasie mogelijk is. Het concept « ondraaglijk lijden » is voor elke mens anders omdat de pijntolerantie van mensen verschilt. Als geen enkel subjectief element wordt aanvaard, zou aan sommigen het recht op menselijke waardigheid worden ontzegd. Men mag mensen niet tot lijden verplichten.

maine et sont en ce sens des « experts », sont également opposés à la légalisation de l'euthanasie.

L'intervenante a confiance dans la capacité d'appréciation des médecins et des juges. Le législateur ne doit tout de même pas déterminer également quelle forme doivent revêtir les actes thérapeutiques accomplis par des médecins ? Elle estime que le législateur ne doit pas non plus instaurer de règles applicables à toutes les décisions médicales possibles concernant la fin de vie.

M. Jacques Germeaux (VLD) déclare qu'il approuve également le projet en sa qualité de médecin. Il ne constate aucune résistance à l'euthanasie chez les patients; ils craignent au premier chef de souffrir et non que l'on mette fin à leur vie sans qu'ils l'aient demandé.

L'intervenant conteste l'affirmation selon laquelle les médecins traitent à la légère de questions de vie et de mort. Au contraire : le risque d'acharnement thérapeutique est infiniment plus élevé que le risque de recours inconsidéré à l'euthanasie. Afin d'éviter que des médecins prolongent trop longtemps la vie d'un patient, il faut qu'un patient incurable ait le droit d'opérer un autre choix que le médecin, de même que, lorsqu'il s'agit d'actes thérapeutiques, il peut également décider s'il souhaite subir une intervention.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) admet que l'acharnement thérapeutique n'est en effet pas souhaitable, mais il craint que le risque d'euthanasie à la demande ne soit plus élevé après l'entrée en vigueur du projet; le droit à la vie aura en effet cessé d'être absolu.

Le désir subjectif du patient est au centre du projet belge, tandis que les décisions judiciaires aux Pays-Bas indiquent que les éléments objectifs doivent également occuper une place importante dans l'appréciation de la situation par un médecin : les juges néerlandais n'ont pas accepté la justification avancée pour pratiquer une euthanasie dans certains cas (par exemple dans l'affaire Chabot), parce que le médecin n'avait pas pris suffisamment en considération les autres possibilités d'atténuer la douleur. L'absolutisation de la demande d'euthanasie du patient a été rejetée à juste titre; on peut donc déplorer que le législateur belge veuille s'engager dans cette funeste voie.

M. Fred Erdman (SP.A) estime que M. Laeremans sort le projet de loi de son contexte : l'euthanasie à la demande ne sera pas le moins du monde autorisée après l'adoption du projet.

Mme Fientje Moerman (VLD) ne croit pas qu'il est possible de définir tout à fait objectivement les conditions d'application de l'euthanasie. Le concept de « souffrance insupportable » diffère d'une personne à l'autre car le seuil de tolérance des gens vis-à-vis de la douleur diffère lui aussi. Le fait de n'admettre aucun élément subjectif reviendrait à dénier le droit à la dignité humaine à certaines personnes. On ne peut obliger les gens à souffrir.

De heer José Vande Walle (CD&V) dient amendement nr 25 in, dat als volgt is geformuleerd :

« In § 1, derde streepje, de woorden « of psychisch » schrappen.

VERANTWOORDING

De kamercommissie Volksgezondheid is unaniem van oordeel dat zuiver psychiatrisch lijden nooit aanleiding kan geven tot euthanasie. De subjectieve dimensie van psychisch lijden is te groot, waardoor de deur opengezet wordt voor misbruiken. Het is voor de arts zo goed als onmogelijk om de zwaarte van psychisch lijden in te schatten; bovendien is ook de wil van psychisch zieken vaak niet eenduidig en afhankelijk van het moment. Tenslotte ontbreekt ook in dit geval elke medische context. Depressieve en psychiatrische patiënten, dementen, Alzheimer-patiënten kunnen niet tot het toepassingsgebied gerekend worden. » (DOC 50 1488/005).

De spreker legt uit dat hij met het amendement euthanasie onmogelijk wil maken voor wie louter psychisch lijdt. Psychisch lijden is dermate subjectief dat het geen grond mag zijn voor euthanasie; de aanneming ervan als grond voor levensbeëindiging zal ongetwijfeld tot misbruiken aanleiding geven. Bovendien is de wil van een persoon die psychisch lijdt onvoldoende stabiel en ontbreekt bij louter psychisch lijden elke medische context.

In tegenstelling tot wat de heer Mayeur beweert, heeft de commissie voor de Volksgezondheid volgens de spreker wel degelijk aanpassingen aan het ontwerp voorgesteld, onder meer op het punt van het amendement; het advies luidt dat psychiatrisch lijden uitdrukkelijk dient te worden uitgesloten van het toepassingsgebied van de wet.

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement in nr 45 toe, dat als volgt luidt :

« Paragraaf 1, eerste lid, derde gedachtestreepje, vervangen door wat volgt :

« de patiënt zich bevindt in de terminale fase van een ernstige en ongeneeslijke aandoening en in een toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat door geen enkel middel kan worden verzacht en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening; ».

VERANTWOORDING

Het amendement strekt ertoe de voorwaarden inzake de gezondheidstoestand van de patiënt nader te preciseren : de arts moet er zeker van zijn dat de gezond-

M. José Vande Walle (CD&V) présente l'amendement n° 25, qui est libellé comme suit :

« Au § 1er, troisième tiret, supprimer les mots « ou psychique ».

JUSTIFICATION

La commission de la Santé publique estime, à l'unanimité, qu'une souffrance purement psychique ne peut jamais donner lieu à une euthanasie. La dimension subjective de la souffrance psychique est trop grande et peut dès lors laisser la porte ouverte à des abus. Il est pratiquement impossible, pour le médecin, d'évaluer le poids de la souffrance psychique; en outre, la volonté des malades psychiques est souvent ambivalente et changeante. Enfin, dans ce cas, tout contexte médical fait défaut. Les patients dépressifs, psychiatriques, déments et les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ne peuvent relever du champ d'application de la loi en projet. » (DOC 50 1488/005).

L'intervenant explique que l'amendement tend à faire en sorte que l'euthanasie ne puisse être pratiquée dans le cas d'une souffrance purement psychique. La souffrance psychique est tellement subjective qu'elle ne peut être un motif d'euthanasie; l'accepter en tant que motif d'interruption de vie conduira indubitablement à des abus. La volonté d'un malade psychique n'est en outre pas suffisamment stable et tout contexte médical fait défaut dans le cas de la souffrance psychique.

Contrairement à ce que prétend M. Mayeur, la commission de la Santé publique a bel et bien proposé des adaptations au projet, notamment sur le point faisant l'objet de l'amendement; l'avis prévoit que la souffrance psychique doit être explicitement exclue du champ d'application de la loi.

M. Joseph Arens (PSC) présente un amendement n° 45, libellé comme suit :

« Remplacer au § 1er, alinéa 1er, le troisième tiret par :

« le patient se trouve en phase terminale d'une affection grave et incurable et fait état d'une souffrance physique et psychique constante inapaisable et insupportable, qui ne peut être soulagée par aucun autre moyen, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable; ».

JUSTIFICATION

L 'amendement précise les conditions relatives à l'état de santé du patient : le médecin doit avoir la certitude de l'exceptionnelle gravité de l'état de santé du patient et

heidstoestand van de patiënt uitzonderlijk ernstig is en dat hij diens lijden onmogelijk op een andere manier dan met euthanasie kan verzachten.

Het thans in uitzicht gestelde criterium van de « medisch uitzichtloze toestand » is onduidelijk.

Uit de parlementaire voorbereiding blijkt niet duidelijk welke specifieke betekenis aan dat begrip dient te worden gegeven.

Dat criterium zet in elk geval de deur open voor alle mogelijke ontsporingen — onder andere ook voor hulp bij zelfdoding, al was het niet de bedoeling dat die kwestie via dit wetsontwerp aan de orde zou komen.

Het begrip « medisch uitzichtloze toestand » kan immers vele ladingen dekken. Het kan gaan om mensen die van bij hun geboorte of door een ongeval leven met een lichamelijke handicap (bijvoorbeeld een motorische handicap aan de benen), maar ook om mensen met een zware maar niet dodelijke ziekte (mucoviscidose, diabetes, blindheid, multiple sclerose, spierziekten, hartziekten, …), zelfs om mentaal gehandicapten die juridisch niet onbekwaam werden verklaard en van wie het euthanasieverzoek aan de wettelijke voorwaarden voldoet (uitdrukkelijk, ondubbelzinnig en herhaald) of nog om mensen die aanhoudend met verdriet kampen, zoals chronisch depressieve mensen.

Wie die weg inslaat, geeft het signaal dat de samenleving niet langer kan zorgen voor kwetsbare mensen, slachtoffers van ongevallen of zieken. In zekere zin maakt men hen aldus duidelijk dat zij gelijk hebben te willen sterven omdat zij zich overbodig voelen.

Wie die weg inslaat, draagt de boodschap uit dat er in onze samenleving niet langer plaats is voor solidariteit. Wij kiezen resoluut voor een solidaire samenleving, waarin iemands nut niet wordt herleid tot zijn rendabiliteit.

Daarom willen wij de mogelijkheid tot euthanasie beperken tot de terminale ziektefase en wensen wij dat de thans in uitzicht gestelde omschrijving van het begrip « lijden » wordt gewijzigd in een lijden dat door geen enkel ander middel meer kan worden verzacht.

Het amendement strekt er eveneens toe het begrip « aanhoudend en ondraaglijk lijden » te introduceren.

Het adjectief « aanhoudend » heeft een meer objectieve dimensie (pijn die de geneeskunde momenteel niet kan verlichten), terwijl het adjectief « ondraaglijk » bij uitstek subjectief geladen is.

Het is bijzonder zinvol beide adjectieven te combineren.

Enerzijds moet de arts immers nagaan of werd gepoogd het lijden met alle beschikbare middelen te voorkomen en te verzachten : het moet vaststaan dat het verzoek van de patiënt niet anders zou zijn geweest indien, dankzij die middelen, zijn levensomstandigheden

de l'impossibilité d'apaiser par un autre moyen que l'acte d'euthanasie les souffrances de ce dernier.

Le critère de la « situation médicale sans issue » est inadéquat.

On n'aperçoit pas clairement, à la lecture des travaux préparatoires quel sens spécifique il convient de donner à cette notion.

En tout état de cause, ce critère ouvre la porte à toutes les dérives possibles et à la problématique du suicide assisté que le projet de loi n'entendait pas aborder.

En effet, peuvent être visés par les termes « situation médicale sans issue », aussi bien les personnes qui, de naissance ou suite à un accident, souffrent d'un handicap physique (par exemple handicap moteur aux jambes), que les personnes atteintes d'une maladie grave sans conséquences mortelles (mucoviscidose, diabète, cécité, sclérose en plaques, maladies musculaires, maladies cardiaques, …) et même les personnes souffrant d'un handicap mental, dans la mesure où la personne n'a pas été déclarée incapable juridiquement et que sa demande répond aux conditions de la loi (demande expresse, non équivoque, persistante, …) ou encore les personnes dans un état de détresse persistante tel le dépressif chronique, …

Ouvrir cette porte, revient à cautionner le message d'une société qui n'a plus aucune autre réponse à donner aux personnes fragilisées, accidentées ou malades, que celui de leur dire qu'elles ont raison de vouloir mourir parce qu'elles se sentent inutiles.

Ouvrir cette porte, c'est envoyer le message d'une société dans laquelle il n'y a plus aucune place pour la solidarité. Nous optons résolument pour une société solidaire dans laquelle utilité n'est pas synonyme de rentabilité.

C'est pourquoi nous entendons limiter l'acte d'euthanasie à la phase terminale de la maladie et nous précisons, comme autre condition, que la douleur, telle que définie, ne peut plus être soulagée par un autre moyen.

L'amendement introduit également la notion de souffrance inapaisable et insupportable dans le chef du patient.

Le terme « inapaisable » renvoie à une notion plus objective, douleur que la médecine, en son état actuel ne peut soulager, alors que la notion d'insupportable est une notion éminemment subjective.

La combinaison de ces deux conditions revêt tout son sens.

D'une part, le médecin doit en effet s'assurer que tous les moyens disponibles ont été mis en œuvre pour prévenir et soulager la douleur : il doit être certain que la demande du patient ne serait pas éventuellement différente si ses conditions de vie étaient modifiées et si la

hadden kunnen worden gewijzigd en zijn lijden had kunnen worden verzacht of zelfs weggenomen.

Uit de hoorzitting met dokter Desmedt is duidelijk gebleken dat het verzoek volkomen anders luidt indien de pijn onder controle is.

Anderzijds kan alleen de patiënt zelf voelen hoe hij lijdt en komt het noch zijn arts, noch zijn entourage toe te bepalen of zijn lijden al dan niet ondraaglijk is. » (DOC 50 1488/006).

De spreker verwijst naar de verantwoording van zijn amendement. Hij is ervan overtuigd dat er een kamerbrede consensus kan worden gevonden voor een euthanasieregeling die beperkt blijft tot de groep van de terminale patiënten. Door de onverzettelijkheid van de leden van de meerderheid dreigt er echter een ontwerp te worden goedgekeurd dat niet op de instemming van belangrijke levensbeschouwelijke en filosofische stromingen kan rekenen.

Hij heeft zelf geen pasklare omschrijving voor het begrip « terminale fase », maar gelooft dat de wetenschappelijke wereld de wetgever kan bijstaan bij de omschrijving van dit belangrijke begrip.

De heer Yvan Mayeur (PS) is geen voorstander van een onderscheid tussen terminale en niet-terminale patiënten. Hij denkt dat de afbakening van de terminale fase op wetenschappelijke wijze niet mogelijk is. Overigens moeten het lijden en de vrije wil van de patiënt in de beslissing van de arts primeren, niet de vaststelling dat de patiënt zich in een welbepaalde fase van een ziekte bevindt.

In de commissie voor de Volksgezondheid was er consensus over het feit dat psychiatrische patiënten niet onder het toepassingsgebied van het wetsontwerp ressorteren; een wijziging van de tekst van het ontwerp is onnodig. De spreker wijst op het feit dat de heer Valkeniers zich in de commissie voor de Volksgezondheid in eerste instantie zeer bezorgd toonde, maar toch zijn goedkeuring aan de voorliggende tekst hechtte nadat hij de juiste interpretatie ervan had aanhoord.

De heer Fred Erdman (SP.A) concludeert dat psychiatrisch lijden niet bestaanbaar is met de voorwaarde van de vrije wilsuiting en dat psychiatrische patiënten dus nooit aanspraak zullen kunnen maken op de toepassing van euthanasie.

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement n^{r} 46 in, dat als volgt luidt :

« In § 1, derde streepje, de woorden « fysiek of psychisch lijden » vervangen door de woorden « fysiek en psychisch lijden ».

VERANTWOORDING

De ontworpen wet heeft een te grote toepassingssfeer omdat euthanasie toegestaan blijft wanneer er enkel

douleur qu'il ressent pouvait être réduite, voire supprimée.

L'audition du docteur Desmedt nous a bien montré que lorsque la douleur est maîtrisée, la demande est totalement différente.

D'autre part, la souffrance ne peut être éprouvée que par le patient et il n'appartient ni au médecin, ni à l'entourage du patient d'en estimer le caractère intolérable. » (DOC 50 1488/006).

L'intervenant renvoie à la justification de son amendement. Il est convaincu qu'une réglementation relative à l'euthanasie se limitant au groupe des patients en phase terminale pourrait emporter l'adhésion de toute la Chambre. Par suite de l'intransigeance des membres de la majorité, on risque cependant d'adopter une projet auquel d'importants courants idéologiques et philosophiques ne peuvent se rallier.

Il ne dispose pas d'une définition toute faite de la notion de « phase terminale », mais pense que le monde scientifique pourrait aider le législateur à définir cette importante notion.

M. Yvan Mayeur (PS) n'est pas partisan d'établir une distinction entre les patients qui se trouvent en phase terminale et ceux qui ne s'y trouvent pas. Il estime qu'il est impossible de définir scientifiquement la phase terminale. En outre, ce sont la souffrance et la volonté du patient qui doivent primer dans la décision du médecin, et non la constatation que le patient se trouve dans telle ou telle phase de sa maladie.

Les membres de la commission de la Santé publique se sont accordés sur le fait que les patients psychiatriques ne relèvent pas du champ d'application du projet de loi; il est inutile de modifier le texte du projet. L'intervenant souligne qu'en commission de la Santé publique, M. Valkeniers s'est tout d'abord montré très inquiet, mais a fini par approuver le texte à l'examen, après en avoir entendu l'interprétation correcte.

M. Fred Erdman (SP.A) conclut que la souffrance psychiatrique n'est pas compatible avec l'exigence d'une libre expression de la volonté et que les patients psychiatriques ne pourront donc jamais recourir à l'euthanasie.

M. Arens (PSC) présente un amendement (n° 46), libellé comme suit :

« Au § 1er, remplacer les mots « souffrance physique ou psychique » par les mots « souffrance physique et psychique ».

JUSTIFICATION

Le champ d'application de la loi proposée est trop large, en ce que l'euthanasie reste admise dans le cas

sprake is van psychisch lijden als gevolg van een ernstige en ongeneeslijke ziekte. Psychiatrische studies tonen aan dat er geen enkel rationeel middel bestaat om een onderscheid te maken tussen psychisch lijden dat te maken heeft met een objectieve medische toestand en lijden dat een niet medische oorzaak heeft (financiële problemen, leeftijd, eenzaamheid, verlies van een dierbare, depressie enz.). De ontworpen wet kan ook betrekking hebben op depressieve personen of personen met zelfmoordneigingen.

Het wordt nog hachelijker omdat in het wetsontwerp euthanasie niet langer wordt voorbehouden voor terminale patiënten, maar ook mogelijk wordt gemaakt voor patiënten met een nog lange levensverwachting. Volgens het ter bepaling voorliggende wetsontwerp is euthanasie ook toegestaan voor personen die op een of andere manier voortdurend uiting geven aan hun existentiële wanhoop.

Maar de hoorzittingen, die met dokter Desmedt in het bijzonder, hebben aangetoond dat verschillende mechanismen psychische ontreddering — de basis voor de meeste verzoeken om euthanasie — kunnen veroorzaken.

Deze mechanismen zijn complex en er bestaat een nauw verband tussen een hevig verlangen naar de dood en de aanwezigheid en de ernst van een depressie.

Het is dus van primordiaal belang het ziektebeeld van een depressie op te sporen en te behandelen alvorens te veronderstellen dat een patiënt die een angst of een sterke levensmoeheid te kennen geeft, werkelijk uit bewuste en vrije wil handelt en zich bovendien in een lijdenstoestand bevindt die niet kan worden verlicht.

Het is derhalve bijzonder hachelijk om enkel naar het criterium van psychisch lijden te verwijzen. » (DOC 50 1488/006).

De spreker legt uit dat fysiek en psychisch lijden tegelijkertijd aanwezig zouden moeten zijn vooraleer de mogelijkheid van euthanasie door een arts in overweging mag worden genomen.

De heer Jacques Germeaux (VLD) is van mening dat louter psychisch lijden nooit medisch uitzichtloos kan zijn en dus niet onder het toepassingsgebied van de wet ressorteert; er kan enkel medische uitzichtloosheid zijn als de patiënt ook een fysieke ziekte heeft. Hij bevestigt tevens dat psychiatrische patiënten niet over een vrije wil beschikken en dus evenmin aanspraak kunnen maken op levensbeëindigend handelen.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) toont zich bezorgd omdat niet voorzien is in een bepaling betreffende de patiënten ouder dan 16 maar jonger dan 18 jaar. Met de mening van die minderjarigen moet rekening worden gehouden overeenkomstig hetgeen is bepaald in het Verdrag inzake de Rechten van het Kind en in de Europese Overeenkomst inzake de uitoefening

de seules souffrances psychiques résultant d'une maladie grave et incurable. Des études psychiatriques montrent qu'il n'existe aucun moyen rationnel de faire la distinction entre les souffrances psychiques liées à une condition médicale objective et les souffrances qui ont une origine non médicale (problèmes financiers, âge, solitude, perte d'un être cher, troubles dépressifs …) La législation proposée peut toucher les personnes dépressives ou ayant des tendances suicidaires.

Elle devient particulièrement dangereuse si la proposition l'euthanasie n'est pas limitée à la fin de vie, mais s'adresse aussi aux patients qui ont encore une longue espérance de vie. L'euthanasie d'une personne qui d'une manière ou d'une autre mais de façon constante exprime son désespoir de vivre pourrait être autorisée selon le projet en discussion.

Or, les auditions, et notamment celle de Mme le docteur Desmedt ont montré que plusieurs mécanismes peuvent être à l'origine de la détresse psychologique qui sous-tend la plupart des demandes d'euthanasie.

Ces mécanismes sont complexes et il existe une forte corrélation entre un désir profond de mourir et la présence et la gravité d'une dépression.

Il est donc capital de dépister et de traiter la pathologie dépressive avant de considérer qu'un patient qui exprime une angoisse ou une profonde lassitude de vivre exprime réellement une volonté consciente et libre et, par ailleurs, se trouve dans un état de souffrance qui ne peut être apaisé.

Il est par conséquent particulièrement dangereux de se référer au seul critère de la souffrance psychique. » (DOC 50 1488/006).

L'intervenant explique que le médecin doit se trouver en présence d'une souffrance tant physique que psychique avant de pouvoir envisager l'éventualité d'une euthanasie.

M. Jacques Germeaux (VLD) estime que, sur le plan médical, la souffrance purement psychique ne peut jamais être sans issue et ne relève donc pas du champ d'application de la loi; il ne peut y avoir absence d'issue sur le plan médical, que lorsque le patient souffre également d'une affection physique. Il confirme par ailleurs que les patients psychiatriques ne disposent pas d'un libre arbitre et ne peuvent donc pas non plus demander l'euthanasie.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) s'inquiète de l'absence de disposition concernant les patients âgés de plus de 16 ans mais de moins de 18 ans. L'opinion de ces mineurs doit être prise en compte, conformément à ce que prévoit la Convention internationale des droits de l'enfant et la Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants. Il serait donc souhaitable que les

van de rechten van het kind. Het ware dan ook wenselijk de patiënten tussen 16 en 18 jaar oud, die bij machte zijn hun situatie in te schatten en die ondraaglijk lijden ingevolge een ongeneeslijke aandoening, de mogelijkheid te bieden onder bepaalde voorwaarden om euthanasie te verzoeken.

De spreekster dient dan ook amendement nr 21 in, dat paragraaf 1 beoogt aan te vullen met het volgende lid :

« Indien de minderjarige patiënt de leeftijd heeft tussen 16 en 18 jaar en tot de redelijke waardering van zijn belangen in staat kan worden geacht, kan de arts aan het verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken. ».

VERANTWOORDING

Artikel 12, eerste lid, van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind stelt dat aan de mening van het kind een passend belang moet worden gehecht, gelet op zijn leeftijd en zijn graad van rijpheid.

Minderjarigen vanaf 16 jaar dienen te worden beschouwd als bekwaam om toestemming te geven of te weigeren voor medische handelingen. Ook de ultieme beslissing moet in de hand worden gelegd van de betrokkenen zelf, evenwel worden de ouders of voogd verplicht betrokken bij de besluitvorming. Deze kunnen evenwel niet de ultieme wens van de patiënt verhinderen. » (Amendement nr 21, DOC 50 1488/004).

De heer Fred Erdman (SP.A), voorzitter, merkt op dat het ingediende amendement erop is gericht de ouder(s) die het gezag over de minderjarige uitoefenen of diens voogd bij de beslissing te betrekken. Er bestaan evenwel situaties waarin niet de ouders het ouderlijk gezag over de minderjarige uitoefenen. Voogdij betreft vooral de goederen, en impliceert niet noodzakelijkerwijs een persoonlijke relatie tussen de voogd en de minderjarige. Het oogmerk een oplossing aan te reiken voor de problemen van nutteloos lijdende minderjarige patiënten is dus lovenswaardig, maar een bevredigende juridische oplossing valt niet gemakkelijk in rechtstaal te formuleren.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) onderstreept in verband met § 2 dat hoewel de arts de euthanasie mag weigeren, hij ze niet afhankelijk mag maken van andere voorwaarden dan de wettelijk vastgestelde. Professor Nys heeft tijdens de hoorzitting gesteld dat : de bepaling van artikel 3, § 2, « kan juridisch niet door de beugel. Het is aan de wetgever om de voorwaarden te bepalen waaronder een bepaalde handeling niet langer een misdrijf is ».

patients ayant entre 16 et 18 ans, capables d'évaluer leur situation et atteints de souffrances incurables et insupportables puissent, sous certaines conditions, demander l'euthanasie.

L'intervenant dépose par conséquent un amendement tendant à compléter le § 1er par l'alinéa suivant :

« Si le patient mineur est âgé de 16 à 18 ans et peut être jugé apte à apprécier correctement ses intérêts, le médecin pourra donner suite à sa demande de mettre fin à sa vie ou de l'aider à se suicider après que le ou les parents qui exercent l'autorité sur lui ou son tuteur auront été associés au processus décisionnel. ».

JUSTIFICATION

L'article 12, alinéa 1er, de la Convention relative aux droits de l'enfant prévoit que les opinions de l'enfant doivent être dûment prises en considération, eu égard à son âge et à son degré de maturité.

Il convient de considérer les mineurs âgés de 16 ans ou plus comme étant capables d'autoriser ou de refuser l'accomplissement d'actes médicaux. La décision ultime devra également revenir aux intéressés mêmes; les parents ou le tuteur seront cependant obligatoirement associés à la décision. Ceux-ci ne pourront toutefois faire obstacle au souhait ultime du patient. » (Amendement n° 21, DOC 50 1488/004).

M. Fred Erdman (SP.A), président, note que l'amendement proposé prévoit d'associer à la décision soit le ou les parents qui exercent l'autorité sur le mineur, soit le tuteur. Or il existe des situations dans lesquelles ce ne sont pas les parents qui exercent l'autorité parentale sur le mineur. La tutelle quant à elle concerne surtout les biens, et celle-ci n'entraîne pas forcément l'existence de relations personnelles entre le tuteur et le mineur. Le souci d'apporter une réponse aux problèmes des patients mineurs qui souffrent inutilement est donc louable, mais la formulation juridique d'une solution juridique satisfaisante n'est guère aisée.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) souligne, concernant le paragraphe 2, que s'il est permis au médecin de refuser l'euthanasie, celui-ci ne peut cependant la subordonner à d'autres conditions que celles prévues par la loi. Le professeur Nys a à ce sujet déclaré, lors de son audition, que la disposition de l'article 3, § 2 « dépasse les bornes d'un point de vue juridique. C'est au législateur qu'il appartient de spécifier les conditions dans lesquelles un acte déterminé ne constitue plus un délit ».

Bijgevolg dient de spreekster samen met de heren Van Parys en Vande Walle amendement nr 91 in, luidend als volgt :

« In § 2 de inleidende zin vervangen als volgt :

« § 2. Onverminderd de naleving van de voorwaarden bepaald in § 1, moet de arts vooraf en in alle gevallen : ».

VERANTWOORDING

Het staat de arts vrij om binnen de grenzen van het beroepsgeheim bijkomende personen te raadplegen of wetenschappelijke publicaties er op na te slaan, maar het is juridisch-technisch onaanvaardbaar dat de arts bijkomende voorwaarden zou kunnen verbinden aan de handeling van euthanasie. Het is aan de wetgever om de voorwaarden op te sommen waaronder een bepaalde handeling niet als een misdrijf kan worden gekwalificeerd. De arts die van mening is dat hij niet tot euthanasie kan overgaan, ook al zijn alle in de wet opgesomde voorwaarden vervuld, heeft het volste recht om te weigeren. Dat geeft hem echter niet het recht om zelf bijkomende voorwaarden aan de handeling te stellen. Professor Herman Nys merkte dit zeer terecht op tijdens de hoorzittingen. » (Amendement nr 91, DOC 50 1488/006).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vraagt nadere toelichtingen over de « bijkomende voorwaarden » die de arts aan diens optreden kan stellen.

Voorzitter Fred Erdman (SP.A) preciseert dat de paragrafen 1 en 2 een gezamenlijke lezing behoeven. De voorwaarden om euthanasie mogelijk te maken zijn dus drieërlei :

— die vervat in § 1 betreffende de leeftijd van de patiënt, diens handelingsbekwaamheid en medische toestand;

— die vervat in § 2 in verband met de procedure die de arts in acht moet nemen (overleg met de patiënt inzake palliatieve zorg, aanhoudend lijden, duurzaam karakter van het verzoek, raadpleging van een andere arts enz.);

— de bijkomende voorwaarden die de arts zou willen stellen, gelet op het dossier van de patiënt.

Die bijkomende voorwaarden kunnen verschillen naar gelang van de patiënt, en kunnen er bijvoorbeeld op neerkomen dat een andere arts wordt geraadpleegd of dat bijkomende informatie wordt ingewonnen.

Mocht de arts niet die mogelijkheid krijgen bijkomende voorwaarden te stellen, dan zou weinig heel blijven van zijn vrijheid om euthanasie toe te passen.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) vreest dat de door de arts gestelde bijkomende voorwaarden rechtsonzekerheid scheppen voor de patiënt en zullen dienen als voorwendsel voor de weigering van bepaalde

L'intervenant présente donc avec MM. Tony Van Parys et José Vande Walle, l'amendement suivant :

« Au § 2, remplacer la phrase liminaire par la phrase suivante :

« § 2. Sans préjudice du respect des conditions visées au § 1er, le médecin doit préalablement et dans tous les cas : ».

JUSTIFICATION

S'il est loisible au médecin, dans les limites du secret professionnel, de demander des avis supplémentaires, de consulter des publications scientifiques, il est toutefois inadmissible, sur le plan de la technique juridique, que le médecin puisse subordonner l'acte euthanasique à des conditions supplémentaires. Il appartient au législateur d'énumérer les conditions dans lesquelles un acte déterminé n'est plus qualifié infraction. Le médecin qui estime ne pas pouvoir pratiquer l'euthanasie a parfaitement le droit de refuser de le faire. Cela ne lui donne toutefois pas le droit de subordonner l'acte à de nouvelles conditions, comme l'a fait observer, à juste titre, le professeur Nys au cours de son audition. » (Amendement n° 91, DOC 50 1488/006).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) demande des éclaircissements quant aux « conditions complémentaires » que le médecin peut mettre à son intervention.

M. Fred Erdman (SP.A) précise que les paragraphes 1er et 2 doivent être lus ensemble. Les conditions pour que l'euthanasie puisse avoir lieu sont donc de trois ordres :

— celles du § 1er, relatives à l'âge du patient, à sa capacité, à sa demande et à sa situation médicale;

— celles reprises dans le § 2, et qui ont trait à la procédure que le médecin doit suivre (concertation avec le patient sur les soins palliatifs, persistance de la souffrance, volonté réitérée, consultation d'un autre médecin, etc.);

— celles que le médecin désirerait, en fonction du dossier du patient, ajouter.

Ces conditions complémentaires, qui peuvent varier d'un patient à un autre, peuvent par exemple consister en la consultation d'un autre médecin, ou la collecte d'informations supplémentaires.

Ne pas laisser au médecin cette faculté de poser des conditions complémentaires ferait peu de cas de sa liberté de refuser de pratiquer l'euthanasie.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) fait part de sa crainte que les conditions complémentaires posées par le médecin créent une insécurité juridique pour le patient et masquent le refus de certains médecins de

artsen om euthanasie toe te passen. Het ware wenselijk die weigeringen uitdrukkelijk te formuleren. Voor euthanasie zijn uiteraard strikte voorwaarden vereist, maar die moeten bij wet worden vastgesteld en niet door de arts.

Mevrouw Jacqueline Herzet (MR) vraagt of de patiënten hun arts vragen naar diens standpunt omtrent euthanasie, en op welk ogenblik zulks in voorkomend geval gebeurt.

De heer Joseph Arens (PSC) suggereert dat sommige patiënten misschien gekant zijn tegen de therapeutische hardnekkigheid, en derhalve passieve euthanasie aanvaarden maar niettemin actieve euthanasie afwijzen. Komt het voor dat patiënten die het met hun arts over het bedoelde vraagstuk hebben, dat onderscheid ter sprake brengen ?

De heer Jacques Germeaux (VLD) antwoordt dat euthanasie zeker geen handeling is die zomaar wordt gesteld, en dat het publiek soms een fout beeld heeft van de wijze waarop een en ander verloopt. Thans wordt het aspect euthanasie steeds vaker aangesneden, meestal wanneer de patiënt reeds lang van zijn ziekte op de hoogte is. Dat aspect komt dus niet direct aan bod, maar komt ter sprake in het kader van de relatie tussen arts en patiënt, in de loop van een langdurig proces. In dergelijke gevallen kan een probleem rijzen omdat de familie niet altijd weet heeft van dat verzoek. De arts moet de zieke er in dergelijke situaties toe aanzetten zijn naaste verwanten daarover in te lichten.

De heer Yvan Mayeur (PS) legt uit dat ziekenhuisartsen soms worden geconfronteerd met familie van patiënten die de toestand van hun verwant, gelet op diens lijden, onhoudbaar achten. Daaraan moet nog worden toegevoegd dat het in bepaalde gevallen hachelijk kan blijken indien de familieleden terzake optreden.

De heer Fred Erdman (SP.A) merkt op dat een moeilijkheid kan rijzen wanneer de betrokkene opgenomen is in een verzorgingsinstelling waar de artsen weigeren euthanasie toe te passen. Het is in dergelijke gevallen niet altijd mogelijk de patiënt naar elders over te brengen of er een arts te ontbieden die niet aan die instelling verbonden is.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) onderstreept dat het hachelijk is de arts de mogelijkheid te bieden bijkomende voorwaarden te stellen. *Quid* bijvoorbeeld wanneer de arts geld vraagt ?

De heer Fred Erdman (SP.A) wijst erop dat die bijkomende voorwaarden in het geheel niets te maken hebben met de honoraria.

De heer José Vande Walle (CD&V) dient samen met zijn collegae Tony Van Parys, Luc Goutry en Joke

procéder à des euthanasies. Il serait préférable que ces refus soient clairement exprimés. Il faut certes que des conditions strictes soient requises pour l'euthanasie, mais c'est à la loi de les déterminer, non au médecin.

Mme Jacqueline Herzet (MR) demande si les patients interrogent leur médecin sur leur position par rapport à l'euthanasie et, le cas échéant, à quel moment intervient cette question.

M. Joseph Arens (PSC) suggère que certains patients peuvent être opposés à l'acharnement thérapeutique, et donc accepter l'euthanasie passive, tout en refusant l'euthanasie active. Arrive-t-il aux patients qui s'entretiennent de cette question avec leur médecin d'évoquer cette différence ?

M. Jacques Germeaux (VLD) répond que l'euthanasie est tout sauf un acte simple, et que le public a parfois une vision erronée de la façon dont elle se déroule. Actuellement, la question de l'euthanasie est de plus en plus posée, le plus souvent lorsque le patient sait depuis longtemps qu'il est malade. La question n'est donc pas posée d'emblée, mais intervient dans le cadre de la relation médecin/patient, au cours d'un long processus. Le problème qui peut se poser dans ces cas-là, c'est que la famille n'est pas toujours au courant de cette demande. Le médecin se doit dans de telles situations d'essayer d'inciter le malade à informer ses proches.

M. Yvan Mayeur (PS) explique qu'il arrive que les médecins en milieu hospitalier soient confrontés à des familles de patients qui trouvent la situation de leur proche insupportable, en raison des souffrances qu'il endure. Il faut ajouter que le fait que les familles interviennent dans le processus peut, dans certains cas, s'avérer dangereux.

M. Fred Erdman (SP.A) note qu'il est possible qu'un problème se pose lorsque la personne est hospitalisée dans une institution où les médecins refusent de pratiquer l'euthanasie. Le transfert du patient ou l'accès d'un médecin extérieur à cet établissement ne sera dans ces cas pas toujours possible.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) souligne qu'il est dangereux de laisser au médecin la possibilité de poser des conditions complémentaires. Qu'arrivera-t-il par exemple si le médecin exige de l'argent ?

M. Fred Erdman (SP.A) précise que ces conditions complémentaires ne visent absolument pas les honoraires.

M. José Vande Walle (CD&V) dépose, avec ses collègues Tony Van Parys, Luc Goutry et Joke Schauvliege,

Schauvliege amendement nr 28 in tot instelling van een « palliatieve filter ». Het beoogt paragraaf 2, 1°, te vervangen door volgende bepaling :

« 1° de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden en hun gevolgen bespreken, na overleg met de palliatieve ondersteuningsequipe van de eigen instelling of het plaatselijk samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg met de patiënt alle mogelijkheden van de palliatieve zorg en hun gevolgen bespreken. Hij moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid; ».

VERANTWOORDING

De kamercommissie volksgezondheid is unaniem in haar advies over de inbouw van een palliatieve filter in de voorafgaande procedure. Het wetsontwerp maakt de palliatieve zorg ondergeschikt aan euthanasie in plaats van het mogelijk alternatief van de palliatieve zorgverstrekking als oplossing voor te stellen, vóór men aan euthanasie kan denken. Palliatie wordt niet als een reëel behandelingsalternatief beschouwd; volgens het ontwerp volstaat het dat er in de marge even op gewezen wordt, als onderdeel van de informatie, waarop de patiënt recht heeft. Dit vormt een miskenning van de huidige mogelijkheden van de palliatieve zorg, evenals van de inzet van zovele professionele en vrijwillige krachten in de palliatie. Daarom moet, naast de consultatie van een andere arts en van het verplegend team, ook het advies worden ingewonnen van een palliatief deskundige.

Het ontbreken van deze palliatieve filter is een kritiek die trouwens herhaaldelijk is voorgelegd en die professor Distelmans tijdens de hoorzitting van 8 januari in de commissie Volksgezondheid bevestigd heeft. Wij sluiten ons erbij aan dat de betrokkenheid in het besluitvormingsproces van een palliatieve deskundige een noodzakelijke voorwaarde is om ten volle te kunnen garanderen dat de patiënt voldoende kennis heeft gekregen van de mogelijkheden die hem nog resten. Zoals professor Distelmans stelde, « moet de patiënt voldoende informatie hebben over de medische uitzichtloosheid om de menselijke uitzichtloosheid te kunnen evalueren. » (Amendement nr 28, DOC 50 1488/005).

un amendement destiné à introduire un « filtre palliatif » et vise à remplacer le § 2, 1°, par la disposition suivante :

« 1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences, et, après concertation avec l'équipe de soutien palliatif de l'institution ou de la plate-forme locale de soins palliatifs, examiner avec le patient toutes les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire; ».

JUSTIFICATION

La commission de la Santé publique de la Chambre s'est, dans son avis, prononcée à l'unanimité en faveur de l'instauration d'un filtre palliatifau stade de la procédure préliminaire. Le projet de loi subordonne les soins palliatifs à l'euthanasie au lieu de proposer comme solution l'alternative praticable que constituent les soins palliatifs, avant que l'on puisse songer à l'euthanasie. Les soins palliatifs ne sont pas considérés comme une alternative réelle en matière de traitement; selon le projet, il suffit que l'on attire au passage l'attention sur ceux-ci, en tant qu'élément des informations auxquelles le patient a droit. Le projet méconnaît ainsi les possibilités actuelles qu'offrent les soins palliatifs ainsi que l'implication de tant de professionnels et de bénévoles dans les soins palliatifs. Aussi convient-il non seulement de consulter un autre médecin et l'équipe soignante, mais également de recueillir l'avis d'un expert en matière de soins palliatifs.

L'absence de ce filtre palliatif est une critique qui a d'ailleurs été émise à plusieurs reprises et cette absence a été dénoncée par le professeur Distelmans au cours de son audition, le 8 janvier, au sein de la commission de la Santé publique. Nous estimons, nous aussi, que la participation d'un expert en matière de soins palliatifs au processus décisionnel constitue une condition sine qua non pour pouvoir garantir pleinement que le patient soit suffisamment informé des possibilités encore envisageables. Ainsi que l'a précisé le professeur Distelmans, le patient doit disposer d'informations suffisantes en ce qui concerne la disparition de tout espoir au niveau médical afin de pouvoir juger de la disparition de tout espoir au niveau humain. » (Amendement n° 28, DOC 50 1488/005).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) onderstreept dat dit amendement — ook al is het vatbaar voor kritiek — de exacte weergave is van het eenparig door de commissie voor de Volksgezondheid goedgekeurde advies. Het niet in de tekst van het wetsontwerp opnemen, zou dan ook op enig onbegrip stuiten.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) voegt daaraan toe dat de kennis inzake palliatieve verzorging, luidens het standpunt zelf van de palliatieve zorgteams, nog onvoldoende verspreid is. Het is dus noodzakelijk dat terzake overleg met de gespecialiseerde teams plaatsvindt. De bedoeling is dus niet een bijkomende voorwaarde opleggen, maar doorheen de verzoeken om euthanasie de achterliggende vragen naar pijnbestrijdingszorg te onderkennen. Op die manier zouden de palliatieve zorgteams in België dezelfde rol spelen als die welke de zogenaamde SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland)-teams in Nederland vervullen. Die teams hebben op dat vlak heel wat waardevolle ervaring opgebouwd die ze met de behandelend artsen kunnen delen.

Dientengevolge dient de spreekster amendement nr 3 in, luidend als volgt :

« In § 2, 1°, eerste zin, het zinsdeel « , evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. » vervangen door het zinsdeel :

« , na overleg met de palliatieve ondersteuningsequipe van de eigen instelling of het plaatselijk samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg met de patiënt de mogelijkheden van de palliatieve zorg en hun gevolgen bespreken. ».

VERANTWOORDING

Palliatieve deskundigheid is meer en meer een superspecialisatie waarvan de mogelijkheden onvoldoende gekend zijn door andere artsen. Als men er vanuit gaat dat een patiënt die om euthanasie verzoekt dit doet op een basis van volledige informatie over alle therapeutische mogelijkheden, dan kan daar enkel aan voldaan worden als men deze palliatieve verzorgingsmogelijkheden eerst aanbiedt via de gespecialiseerde equipes. Een echte keuze voor euthanasie is immers slechts mogelijk na een grondige kennis van de palliatieve zorg. In elk geval wordt er op die manier voor gezorgd dat vragen tot euthanasie die in feite goed gemaskeerde vragen zijn voor een betere verzorging, geëlimineerd worden. Het valt niet te verwachten dat deze verzwaring van de procedure de tijd zou rekken. De bereikbaarheid van de palliatieve equipes is vandaag de dag groot. » (Amendement nr 3, DOC 50 1488/002).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) souligne que cet amendement, même s'il peut être critiqué, est la traduction de l'avis adopté unanimement par la commission de la Santé publique. Il serait donc peu compréhensible qu'il ne soit pas intégré dans le texte du projet.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) ajoute que, de l'avis même des équipes de soins palliatifs, la connaissance des soins palliatifs est encore insuffisamment répandue. Il est donc nécessaire qu'une concertation ait lieu avec les équipes spécialisées. Il ne s'agit pas d'imposer une condition complémentaire, mais de déceler, derrière des demandes d'euthanasie, des demandes de soins destinés à lutter contre la douleur. Les équipes de soins palliatifs pourraient donc remplir, en Belgique, le rôle que remplissent aux Pays-Bas les équipes SCEN, qui ont accumulé en la matière une expérience précieuse et qui peuvent la faire partager aux médecins traitants.

L'intervenant présente en conséquence un amendement rédigé comme suit :

« Au § 2, 1°, première phrase, remplacer le membre de phrase « ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. » par le membre de phrase suivant :

« , et, après concertation avec l'équipe de soutien palliatif de l'institution ou de la plate-forme locale de soins palliatifs, examiner avec le patient les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. ».

JUSTIFICATION

Les soins palliatifs constituent de plus en plus une spécialisation de pointe dont les médecins ordinaires ne connaissent pas suffisamment les possibilités. Si on part du principe qu'un patient qui demande l'euthanasie doit disposer d'une information complète sur l'ensemble des possibilités thérapeutiques, cette condition ne peut être remplie que si on lui offre d'abord la possibilité d'être soigné par des équipes spécialisées en soins palliatifs. En effet, on ne peut véritablement opter pour l'euthanasie que si on a une connaissance approfondie des soins palliatifs. En tout cas, pareille démarche permettrait d'éliminer les demandes d'euthanasie qui sont en fait des demandes masquées de soins meilleurs. Il est peu probable que cet alourdissement de la procédure allonge sensiblement celle-ci. En effet, à l'heure actuelle, les soins palliatifs sont très accessibles. » (Amendement n° 3, DOC 50 1488/002).

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 47 in, dat in § 2, tussen het 1° en het 2°, een 1°*bis* invoegt, luidend als volgt :

*« 1°*bis*. alle morele en medische bijstand van curatieve en palliatieve aard hebben verstrekt die nodig is om het psychisch en fysiek lijden van de patiënt te lenigen en zijn waardigheid te vrijwaren; ».*

VERANTWOORDING

Tijdens de hoorzittingen hebben verschillende sprekers erop gewezen hoe noodzakelijk het is dat het verzoek van de patiënt wordt « gehoord » en « ontleed ». Een euthanasieverzoek is vaak dubbelzinnig. Meestal wil een patiënt die vraagt om te sterven, niet echt sterven : hij vraagt om te kunnen blijven leven, maar dan wel op een andere manier. Het is dus heel vaak een hulpkreet van een zieke om beter of minder slecht te leven, om opnieuw een zekere levenskwaliteit te ervaren.

Uit de hoorzittingen is gebleken dat, met het oog op de voorkoming van euthanasieverzoeken, een wezenlijke rol is weggelegd voor de geneeskunde die is toegespitst op het verzachten van de pijn, alsook voor de palliatieve geneeskunde.

Er schuilt overigens een paradox in het voornemen om een algemene wetgeving over euthanasie goed te keuren op een ogenblik dat de pijnbestrijding eindelijk een enorme vooruitgang boekt (pijnklinieken, zie experimenten die terzake zowel in België als in het buitenland worden gevoerd). Tijdens de hoorzittingen hebben de sprekers opgemerkt dat volgehouden zorg in de meeste gevallen het antwoord aanreikt op de vraag van patiënten om euthanasie. Daardoor kan pijn doeltreffend worden verzacht en is er een passende geestelijke, psychische of spirituele begeleiding. Ook werd onderstreept dat de stervensbegeleiding sterk gebaat is bij een kwaliteitsvolle relatie tussen de patiënt en andere mensen — of het nu gaat om een naaste, een verzorger, dan wel om een de arts.

De eerste plicht van de arts ten opzichte van zijn patiënt is hem moreel en medisch bij te staan. Artikel 96 van de Code van de medische plichtenleer herinnert ons daaraan : « Wanneer het levenseinde van de patiënt nadert en hij nog in enige mate bewust is, moet de geneesheer hem moreel bijstaan en de middelen aanwenden die nodig zijn om zijn geestelijk en fysiek lijden te verzachten en hem waardig te laten sterven. Wanneer de patiënt definitief in een toestand van diepe bewusteloosheid verkeert, zal de geneesheer zich tot comfortzorgen beperken. ».

Wanneer de arts met een euthanasieverzoek wordt geconfronteerd, moet hij dus hoe dan ook een reële dialoog tot stand brengen met de patiënt, alsook in gesprek treden met het verplegend en het palliatief team, ten-

M. Joseph Arens (PSC) dépose un amendement qui insère dans le § 2, entre le 1° et le 2°, un 1°*bis (nouveau),* rédigé comme suit :

*« 1°*bis*. avoir fourni toute l'assistance morale et médicale curative et palliative nécessaire pour soulager les souffrances morales et physiques du patient et préserver sa dignité, ».*

JUSTIFICATION

Lors des auditions, plusieurs intervenants ont souligné la nécessité d'« entendre » la demande du patient et de la « décoder ». Une demande d'euthanasie est souvent ambiguë. La plupart du temps, en demandant la mort, le patient ne demande pas de mourir : il demande de rester en vie, mais de vivre autrement. C'est, dans beaucoup de cas, un appel à l'aide venant du malade pour vivre mieux ou moins mal, pour restaurer une certaine qualité de vie.

Les auditions ont montré la place essentielle qu'occupent la médecine axée sur le soulagement de la douleur et la médecine palliative dans la prévention des demandes d'euthanasie.

Il y a d'ailleurs un aspect paradoxal dans l'attitude qui consiste à vouloir adopter une législation générale sur l'euthanasie à un moment où, enfin, on assiste à d'énormes progrès sur le soulagement de la douleur (cliniques de la douleur, cf. expériences tant en Belgique qu'à l'étranger en la matière). Lors des auditions, les intervenants ont précisé que les soins continus, dans la grande majorité des cas, apportent une réponse aux demandes d'euthanasie formulées par les patients, en soulageant la douleur de manière adéquate et en fournissant un accompagnement moral, psychologique ou spirituel adéquat. L'importance de la qualité de la relation à l'autre dans l'accompagnement vers la mort, qu'il soit proche, soignant ou médecin, a été soulignée.

La première obligation du médecin à l'égard de son patient est une obligation d'assistance morale et médicale. C'est l'article 96 du Code de déontologie qui nous le rappelle : « lorsqu'un malade se trouve dans la phase terminale de sa vie, tout en ayant gardé un certain état de conscience, le médecin lui doit toute assistance morale et médicale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité. Lorsque le malade est définitivement inconscient, le médecin se limite à ne prodiguer que des soins de confort ».

Face à une demande d'euthanasie, il est donc impératif que le médecin noue un réel dialogue avec le patient et s'entretienne avec l'équipe soignante et l'équipe palliative, afin de s'assurer que le patient bénéficie d'un

einde zich ervan te vergewissen dat de patiënt een optimale begeleiding en verzorging krijgt. Zeer vaak beheerst de arts onvoldoende de pijnbestrijdingstechnieken of slaagt hij er niet in de patiënt de psychologische steun te bieden die zijn toestand vergt. In vele gevallen is het bijsturen van de verpleging en de begeleiding een antwoord op het verzoek van de patiënt. De raadpleging van het palliatief team of van een persoon die gespecialiseerd is in pijnbestrijding, zou dus verplicht moeten zijn wanneer een euthanasieverzoek wordt geformuleerd.

Een terminale patiënt helpen te sterven, mag slechts het ultieme redmiddel zijn. In geen geval is een dergelijke handeling gerechtvaardigd wanneer zij wordt verricht zonder dialoog, op grond van onvoldoende kennis van behandelingen die zijn toegespitst op pijnbestrijding, of zonder psychische begeleiding.

Die voorwaarde moet worden ingevoegd vóór de voorwaarde in het 2°. Het is immers onaanvaardbaar dat men zich vergewist van de aanhoudende pijn van de patiënt zonder eerst met alle middelen gepoogd te hebben die pijn te verzachten. In dat geval zou men de arts er immers van kunnen beschuldigen dat hij zijn patiënt in de steek laat.

De verplichting van de arts om morele en medische bijstand te verlenen, moet in de euthanasiewet worden vermeld. Het verbod de patiënt in de steek te laten vormt immers de hoofdplicht van de arts en is opgenomen in artikel 96 van de Code van geneeskundige plichtenleer, meer bepaald in hoofdstuk IX met betrekking tot het naderende levenseinde. Wij achten die vereiste essentieel, aangezien dit wetsvoorstel een in zeer algemene bewoordingen geformuleerde afwijking vormt op de eed van Hippocrates en op artikel 95 van de Code van geneeskundige plichtenleer, dat het volgende bepaalt : « De geneesheer mag niet opzettelijk de dood van een zieke veroorzaken, noch hem helpen zelfmoord te plegen. » (Amendement nr 47, DOC 50 1488/006).

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) wijst erop dat het aspect van de aan de euthanasie voorafgaande palliatieve zorgverlening reeds aan bod is gekomen tijdens de debatten in de Senaat. Aangezien lange tijd sprake was van een structureel gebrek aan palliatieve verzorgingsmogelijkheden en van een op dat vlak ontbrekende ervaring, werd daar in het verleden onvoldoende op ingegaan. Sindsdien is die toestand evenwel geëvolueerd. Samen met de in het wetsontwerp ingebouwde waarborgen (overleg met de patiënt en de mogelijkheid om bijkomende voorwaarden toe te voegen) en de palliatieve voorzieningen, is het overbodig om in een zogenaamde « palliatieve filter » te voorzien.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) preciseert dat de palliatieve zorgteams heel wat meer inhouden dan een op het vlak van de palliatieve verzorging onderlegde arts : het betreft een multidisciplinaire equipe die de patiënt, naast de eigenlijke pijnbestrijding tevens

accompagnement et de soins optimaux. Bien souvent, le médecin ne maîtrise pas suffisamment les techniques de contrôle de la douleur ou ne parvient pas à donner au patient le soutien psychologique que son état requiert. Dans beaucoup de cas, un rééquilibrage des soins et de l'accompagnement répond à la demande du patient. La consultation de l'équipe palliative ou d'une personne spécialisée dans le soulagement de la douleur devrait donc être rendue obligatoire lorsqu'une demande d'euthanasie est formulée.

Donner la mort au patient en fin de vie ne peut être que le recours ultime et en aucun cas, une absence de dialogue, une méconnaissance des traitements visant à soulager la souffrance ou un manque d'accompagnement psychologique ne peut justifier un tel acte.

Cette condition doit être insérée avant la condition 2°. Il est, en effet, inacceptable de « s'assurer de la persistance de la souffrance du patient », sans d'abord avoir essayé de tout faire pour soulager cette souffrance. Le médecin se rendrait d'ailleurs dans ce cas coupable d'abandon à l'égard de son patient.

L'obligation d'assistance morale et médicale du médecin doit figurer dans une loi sur l'euthanasie. C'est l'obligation première du médecin de ne pas abandonner son patient, qui figure à l'article 96 du chapitre IX, du Code de déontologie médicale relatif à la vie finissante. Cette exigence nous paraît essentielle dès lors que cette proposition constitue une dérogation formulée en termes très généraux au serment d'Hippocrate et à l'article 95 du Code de déontologie : « Le médecin ne peut pas provoquer délibérément la mort d'un malade ni l'aider à se suicider » (Amendement n° 47, DOC 50 1488/006).

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) rappelle que la question des soins palliatifs préalables à l'euthanasie a été posée lors des débats au Sénat. Elle est longtemps restée sans réponse satisfaisante en raison du manque structurel de soins palliatifs et d'expertise qui a été longtemps constaté. La situation a depuis évolué. La formation spécialisée, associée aux garanties prévues dans le projet de loi (concertation avec le patient et possibilité d'ajouter des conditions complémentaires) ainsi que l'offre en matière de soins palliatifs rendent donc inutile la mise en place d'un « filtre palliatif ».

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) précise que les équipes de soins palliatifs ne se résument pas à un médecin ayant des connaissances en soins palliatifs : il s'agit d'une équipe multidisciplinaire, qui, en plus de la lutte *stricto sensu* contre la douleur, apporte également

psychische en sociale steun aanbiedt. Het is dus zeker noodzakelijk dat de toekomstige artsen een opleiding palliatieve verzorging aangeboden krijgen, maar die vervangt op generlei wijze de raadpleging van een palliatief zorgteam.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) dringt erop aan in het proces dat naar euthanasie kan leiden, een plaats voor palliatieve verzorging in te ruimen. Hij onderstreept dat dit vraagstuk maar weinig te maken heeft met de opleiding van de toekomstige artsen. Er zij voorts op gewezen dat de commissie voor de Volksgezondheid zich over dit vraagstuk eenparig heeft uitgesproken en dat de commissie voor de Justitie met dat advies rekening dient te houden.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) licht toe dat de commissie voor de Volksgezondheid heeft gevraagd dat terzake overleg met de patiënt zou plaatsvinden. Dat overleg moet een essentieel onderdeel vormen van de procedure die naar euthanasie leidt. Uit gesprekken met palliatieve zorgteams blijkt dat geen enkele daarvan pleit voor een stijging van het aantal euthanasiegevallen. Het is dus van essentieel belang hoogwaardige zorg te verlenen en om dat te waarborgen is geen enkele fase waarin het wetsontwerp voorziet, overbodig. Geleidelijk moet een echte palliatieve verzorgingscultuur tot stand komen; niet alleen voor de ziekenhuispatiënten, maar ook voor de patiënten die voor thuisverzorging hebben gekozen, bestaan nog steeds leemtes, die moeten worden weggewerkt. Zolang die cultuur nog niet ten volle ingeburgerd is, moet terzake het voorzorgsbeginsel worden gehuldigd : de mogelijkheden inzake palliatieve verzorging moeten — na overleg met het palliatief zorgteam — samen met de patiënt worden bekeken. Men behoort rekening te houden met de consensus die de commissie voor de Volksgezondheid op dat vlak heeft bereikt. Overigens is een en ander hoegenaamd geen uiting van enig corporatisme vanwege de sector palliatieve verzorging; het is integendeel zaak in te spelen op de eis dat iedere patiënt recht heeft op kwalitatief hoogstaande verzorging.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) onderschrijft de vraag om de patiënt een kwalitatief én kwantitatief hoogstaande palliatieve verzorging aan te bieden. Zij voegt daaraan toe dat de tekst van het wetsontwerp, zoals die thans is opgesteld, rekening houdt met die vereiste.

De heer Jacques Germeaux (VLD) is het daar mee eens en onderstreept dat het door de commissie voor de Volksgezondheid geformuleerde advies overeenstemt met de tekst van het wetsontwerp, en daar dus een zinvolle toelichting bij geeft.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) kleeft een andere zienswijze aan. Hij stelt dat het advies van de commissie voor de Volksgezondheid vereist dat de wet in striktere bewoordingen wordt gesteld. Het ware jammer

un soutien psychologique et social au patient. Il est donc certes nécessaire qu'une formation en soins palliatifs soit dispensée aux futurs médecins, mais celle-ci ne remplace en aucune façon la consultation d'une équipe de soins palliatifs.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) insiste pour que les soins palliatifs soient intégrés dans le processus qui peut mener à l'euthanasie, et souligne que cette question n'a que peu à voir avec celle de la formation des futurs médecins. Il faut d'ailleurs noter que la commission de la Santé publique s'est prononcée à l'unanimité sur cette question, et que la commission de la Justice se doit de prendre cet avis en compte.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) explique que la commission de la Santé publique a demandé qu'une concertation ait lieu avec le patient. Cette concertation doit former un élément essentiel de la procédure qui mène à l'euthanasie. Lorsqu'on discute avec les équipes de soins palliatifs, on constate qu'aucune d'entr'elles n'est en faveur d'une augmentation du nombre d'euthanasies. Il est donc indispensable que des soins de qualité soient offerts, et pour garantir cela, aucune phase prévue dans le projet n'est superflue. Il faut construire une véritable culture des soins palliatifs, et combler les lacunes qui peuvent exister non seulement pour les patients hospitalisés, mais aussi pour ceux qui ont fait le choix d'être soignés à domicile. Tant que cette culture n'existera pas pleinement, il faut que joue un principe de précaution, et que les possibilités de soins palliatifs soient envisagées avec le patient, après concertation avec l'équipe de soutien en soins palliatifs. Le consensus atteint sur ce point en commission de la Santé publique doit être pris en considération. Il ne s'agit ici nullement d'une expression d'un quelconque corporatisme de la part du secteur impliqué dans les soins palliatifs, mais de la revendication que chaque patient puisse bénéficier de soins de qualité.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) exprime son accord avec la demande visant à offrir aux patients des soins palliatifs satisfaisants tant qualitativement que quantitativement. Elle ajoute que le texte du projet, tel qu'il est actuellement rédigé, prend en compte cette exigence.

M. Jacques Germeaux (VLD) abonde en ce sens et souligne que l'avis de la commission de la Santé publique correspond au texte du projet, qu'il commente donc utilement.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) se démarque de cette vision des choses et considère que l'avis de la commission de la santé publique requiert que la loi soit formulée en des termes plus stricts, et qu'il serait regrettable que

mocht dat — eenparig uitgebracht — advies worden genegeerd door de commissie voor de Justitie.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) betreurt het dat bepaalde sprekers terugkomen op een advies waarmee ze zich akkoord hadden verklaard. Zij vraagt zich af welk standpunt de meerderheid terzake precies aanhoudt.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) wijst erop dat de wijze waarop de commissie voor de Volksgezondheid zich over dat thema heeft uitgesproken, perfect eenduidig is : er wordt vereist dat de patiënt palliatieve zorgverlening aangeboden krijgt. Mocht een amendement dat ertoe strekt dat aanbod bij wet vast te leggen, worden verworpen, dan bestaat er geen enkele garantie dat palliatieve zorgverlening in het hele land wordt uitgebouwd. Het risico zou dan verre van denkbeeldig zijn dat het gesprek met de arts neerkomt op de vaststelling dat enige palliatieve verzorgingsmogelijkheid ontbreekt, en dat de patiënt bijgevolg geen enkele keuze wordt gelaten. Het is derhalve absoluut noodzakelijk het advies van de commissie voor de Volksgezondheid te volgen.

De heer Hugo Coveliers (VLD) wijst erop dat euthanasie een ethisch vraagstuk is, waarover ieder lid zich in alle vrijheid kan uitspreken en kan stemmen zoals hij of zij dat goed vindt, ongeacht de partij waartoe dat lid behoort. Het betreft dus geen debat waarin sprake zou zijn van een duidelijk onderscheid tussen meerderheid en oppositie, en het is perfect denkbaar dat leden van een zelfde partij een ander stemgedrag zouden vertonen. Die steen kan ook worden geworpen naar de personen die deze kritiek uiten : geen enkel lid van de oppositie heeft zich echt over de ontworpen tekst willen buigen, en kennelijk had de geformuleerde kritiek vooral tot doel ieder lid van de oppositie af te raden het wetsontwerp goed te keuren.

Ten slotte zij opgemerkt dat euthanasie en palliatieve zorg twee verschillende begrippen dekken : het eerste is een medische handeling, het tweede niet. Er is dus geen reden om iemand die om euthanasie vraagt, eerst verplicht naar een « palliatieve filter » te verwijzen.

Mevrouw Jacqueline Herzet (MR) is het daar mee eens. Zij vraagt ermee op te houden het debat in termen van meerderheid en oppositie te voeren. Het enige gemeenschappelijke aan het standpunt van de meerderheid is de wil die ze heeft om het euthanasievraagstuk aan te pakken. Het algemeen belang vereist bijgevolg dat men zich niet groepsgewijs voor of tegen een tekst opstelt, maar dat een constructief debat wordt gevoerd.

De heer Fred Erdman (SP.A) merkt op dat het advies van de commissie voor de Volksgezondheid op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd. Hij wijst erop dat het fout is te veronderstellen dat de stemming over de tekst het einde van het debat terzake zal betekenen. Het wetsontwerp geeft gehoor aan een duidelijk verzoek,

cet avis unanime ne soit pas pris en considération par la commission de la Justice.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) regrette que certains intervenants reviennent sur un avis auquel ils ont donné leur accord et s'interroge sur le point de vue exact que défend la majorité.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) rappelle que les termes dans lesquels s'est exprimée la commission de la Santé publique sont dénués de toute ambiguïté : il est requis que des soins palliatifs soient offerts au patient. Si un amendement tendant à inscrire cette offre dans la loi n'était pas adopté, il ne serait pas garanti que des soins palliatifs soient mis en place dans l'ensemble du pays. Le risque serait dès lors grand que la discussion avec le médecin se résume à la constatation de l'absence d'existence de soins palliatifs, c'est à dire à l'inexistence d'une possibilité de choix de la part du patient. Il est par conséquent impératif que l'avis de la commission de la Santé publique soit suivi.

M. Hugo Coveliers (VLD) rappelle que l'euthanasie est une question éthique, pour laquelle chaque membre est libre de s'exprimer et de voter comme il l'entend, quel que soit son parti. Il ne s'agit donc pas d'un débat où la majorité et l'opposition se distingueraient clairement, et il serait tout à fait concevable que des membres d'un même parti votent de façon différente. La critique peut être retournée contre ses auteurs : aucun membre de l'opposition n'a voulu sérieusement prendre en considération le texte proposé, et il est vraisemblable que les critiques développées aient principalement pour but de dissuader tout membre de l'opposition de voter en faveur du projet.

Il convient enfin de remarquer que l'euthanasie et les soins palliatifs recouvrent deux notions différentes, l'une constituant un acte médical, l'autre pas. Il n'y a donc pas de raison d'imposer à une personne demandant l'euthanasie de passer par un « filtre palliatif ».

Mme Jacqueline Herzet (MR) abonde en ce sens et demande que l'on cesse de raisonner en termes de majorité et d'opposition dans ce débat. La seule position commune de la majorité est la volonté d'aborder la question de l'euthanasie. L'intérêt général requiert donc que l'on ne se positionne pas en bloc pour ou contre le texte mais qu'un débat constructif soit mené.

M. Fred Erdman (SP.A) remarque que l'avis de la commission de la Santé publique est interprété de diverses façons. Il rappelle qu'il serait erroné de croire que le vote du texte marquera la fin du débat sur cette question. Le projet de loi répond à une demande claire, mais son application entraînera une série d'expériences, d'appro-

maar de toepassing ervan zal een reeks ervaringen, benaderingen en ontwikkelingen met zich meebrengen die tot een hervatting van het debat terzake zullen leiden.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) onderstreept dat het vraagstuk inzake het aanbod van palliatieve zorg thans heel scherp rijst en dat er op dit vlak een duidelijk gebrek aan kennis terzake is. Zelfs wanneer het vraagstuk zich over enkele jaren ontegenzeglijk op een andere manier voordoet, duikt er een probleem op dat nu al moet worden aangepakt.

De heer Fred Erdman (SP.A) stelt vast dat er inderdaad regio's zijn in het land waar nog niets bestaat wat palliatieve zorg betreft. Moet men daarom van het begin af aan weigeren dat er een wet betreffende de euthanasie wordt goedgekeurd of dat een dergelijke wet slechts in een deel van het grondgebied wordt toegepast ?

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) wijst erop dat het hier om een concreet aspect gaat dat moet worden geregeld voordat de wet wordt goedgekeurd, met name de aanscherping van de voorwaarden waaronder euthanasie mag worden toegepast. Voorts kwam het tot een polarisatie van de door de meerderheid en de oppositie verdedigde standpunten; zulks komt vanzelfsprekend omdat meerdere sprekers van mening veranderden in de loop van het debat en andere standpunten verdedigen dan die welke in de commissie voor de Volksgezondheid werden goedgekeurd. Een dergelijke verandering kan enkel worden verklaard door een overleg binnen de meerderheid waarbij de leden zonder twijfel werd verzocht een zelfde standpunt in te nemen.

Een confrontatie is onvermijdelijk zo een amendement, dat het unanieme advies van de commissie voor de Volksgezondheid letterlijk overneemt, wordt verworpen door dezelfden die het steunden.

De heer Hugo Coveliers (VLD) verwerpt dit standpunt. Verdedigers van het wetsontwerp proberen wel degelijk aan te tonen dat hun standpunten juist zijn, maar het hier gaat om de regels van het democratische debat, in geen geval om een verlangen naar confrontatie met de oppositie.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) vecht de juistheid van deze laatste bewering aan en verwijst daarvoor naar het uitblijven van een stemming in de commissie voor de Volksgezondheid. Als de meerderheid een eventuele wijziging van bepaalde punten van de tekst had aanvaard, zou dat een stemming in deze commissie mogelijk hebben gemaakt.

Mevrouw Martine Dardenne (Agalev-Ecolo) vindt dat de tekst een evenwichtig antwoord biedt op de vragen die sinds 1997 in het parlementair halfrond werden gesteld, en met name op de vragen inzake palliatieve zorg. Het feit dat een tweede wetsontwerp alle patiënten recht geeft op palliatieve zorg is overigens een bijkomende garantie om daadwerkelijk te voorzien in deze verzorging.

ches et d'évolutions qui susciteront une reprise du débat sur la question.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) souligne que le problème de l'offre en soins palliatifs se pose actuellement de façon aiguë, et qu'il y a, sur le terrain, un manque évident de connaissances en la matière. Même si la question se posera indéniablement de façon différente dans quelques années, il y a là un problème auquel il faut s'attaquer dès aujourd'hui.

M. Fred Erdman (SP.A) constate qu'il y a effectivement des régions du pays où rien n'est encore prévu en matière de soins palliatifs. Faut-il, pour cette raison, dès l'abord refuser que l'on adopte une loi sur l'euthanasie, ou qu'on ne l'applique que sur une partie du territoire ?

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) fait remarquer qu'il s'agit ici d'un point concret, qu'il faudra régler avant l'adoption de la loi : le renforcement des conditions dans lesquelles l'euthanasie peut être pratiquée. Par ailleurs, si l'on a pu constater une cristallisation des positions défendues par la majorité et l'opposition, c'est indéniablement dû au fait que plusieurs intervenants ont changé d'avis au cours du débat et défendent des vues différentes de celles adoptées en commission de la Santé publique. Un tel changement ne peut s'expliquer que par une concertation au sein de la majorité, au cours de laquelle il a sans nul doute été demandé aux membres de défendre une même position.

Une confrontation est inévitable dès lors qu'un amendement, reprenant textuellement l'avis unanime de la commission de la Santé publique, est repoussé par ceux-là même qui l'avaient soutenu.

M. Hugo Coveliers (VLD) rejette ce point de vue et considère que s'il est vrai que les défenseurs du projet tentent de convaincre de la justesse de leurs vues, il s'agit là des règles du débat démocratique, et en aucune façon d'une volonté de confrontation avec l'opposition.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) s'inscrit en faux contre cette dernière affirmation et en prend pour preuve l'absence de vote en commission de la Santé publique : si la majorité avait accepté l'éventualité que le texte soit, sur certains points, modifié, il aurait permis qu'un vote ait lieu dans cette commission.

Mme Martine Dardenne (Agalev-Ecolo) pense que le texte apporte une réponse équilibrée aux questions posées dans l'enceinte parlementaire depuis 1997, et notamment à celle des soins palliatifs. Le fait qu'un second projet consacre le droit de tous les patients aux soins palliatifs constitue d'ailleurs une garantie supplémentaire pour que ceux-ci soient effectivement mis en place.

De ontworpen teksten hebben de verdienste dat zij aantonen dat euthanasie en palliatieve zorg twee aanvullende begrippen zijn. Deze complementariteit wordt ontkend als men de invoering van een « palliatieve filter » eist en erop staat dat de patiënten eerst palliatieve zorg krijgen alvorens te kunnen verzoeken om euthanasie. In onze pluralistische en multiculturele maatschappij is het ondenkbaar dat alle burgers een bepaalde denkrichting wordt opgedrongen. De tekst in zijn huidige vorm is derhalve toereikend aangezien hij aangeeft dat informatie over palliatieve zorg aan de patiënt moet worden doorgegeven.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) preciseert dat de term « palliatieve filter », volgens haar, er niet toe strekt de patiënt te verplichten om dit type van verzorging te ondergaan voordat er sprake kan zijn van euthanasie, maar wel hem een voorstel aan te reiken waarop hij al dan niet kan ingaan. Men wil ook de artsen de mogelijkheid bieden hun ondersteunende rol jegens de zieken ten volle te vervullen, wat beantwoordt aan een verzoek dat in het veld hieromtrent werd gedaan.

Voor het overige ware het jammer dat de mogelijkheid om sommige verbeteringen in de tekst aan te brengen, geen ruimte krijgt.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) merkt op dat de standpunten van de oppositieleden erg uiteenlopend zijn : de CD&V-fractie accepteert een mogelijke wet betreffende de euthanasie, wat het Vlaams Blok verwerpt. Terwijl de VU&ID-fractie wijst op de mogelijke hulp bij zelfdoding en euthanasie voor minderjarigen, waartegen het Vlaams Blok zich ook verzet. In tegenstelling tot de meerderheid, vormt de oppositie dus geen hecht front.

Men moet derhalve vaststellen dat zelfs wanneer het Vlaams Blok pleit voor de invoering van een ware « palliatieve filter », het advies van de commissie voor de Volksgezondheid niet zo ver gaat en beperkt blijft tot het verzoek om « overleg » met de patiënt. Het zou dus verrassend zijn dat zelfs die mogelijkheid zou worden verworpen, net zoals het onaanvaardbaar is dat bepaalde sprekers terugkomen op hun mening die tot uiting kwam in hun goedkeuring van het advies van de commissie voor de Volksgezondheid.

Het is niet vanuit een autoritair standpunt dat om de invoering van die palliatieve filter wordt verzocht, maar wel om zich ervan te vergewissen dat, overeenkomstig artikel 2 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, niemand tegen zijn wil het voorwerp wordt van euthanasie.

Derhalve behoort in § 2, 1°, van de tekst de verwijzing naar « geen redelijke andere oplossing » te worden weggelaten. Die verwijzing impliceert immers dat palliatieve zorg, die als alternatief voor euthanasie wordt voorgesteld, als onredelijk wordt beschouwd. Iedere persoon die voor een andere oplossing dan euthanasie zou opteren — omdat hij bijvoorbeeld wezenlijk tegen

Les textes proposés ont le mérite de montrer que l'euthanasie et les soins palliatifs constituent deux notions complémentaires. Revendiquer la mise en place d'un « filtre palliatif » et exiger que les patients passent d'abord par des soins palliatifs avant de pouvoir demander l'euthanasie revient à nier cette complémentarité. Dans notre société pluraliste et multiculturelle, il serait inconcevable qu'une école de pensée impose ses vues à l'ensemble des citoyens. Le texte, qui indique que des informations en matière de soins palliatifs doivent être communiquées au patient est donc satisfaisant dans sa forme actuelle.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) précise que, à ses yeux, l'objectif principal de ce qui est appelé « filtre palliatif » n'est pas d'obliger le patient à passer par ce type de soins avant que l'euthanasie puisse être envisagée, mais bien de lui faire une proposition, qu'il sera libre d'accepter ou de refuser. Il s'agit également de permettre aux médecins de pouvoir pleinement remplir leur rôle de soutien aux malades, ce qui correspond à une demande formulée sur le terrain.

Cela posé, il serait regrettable que la possibilité d'apporter quelques améliorations au texte ne soit pas envisagée.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) remarque que les points de vue des membres de l'opposition sont fort divergents : le groupe CD&V accepte l'éventualité d'une loi sur l'euthanasie, ce que refuse le *Vlaams Blok*, alors que le groupe VU&ID évoque la possibilité de suicides assistés et d'euthanasie pour les mineurs, ce à quoi s'oppose également le *Vlaams blok*. L'opposition ne forme donc pas, contrairement à la majorité, un bloc.

Il faut par ailleurs constater que même si le Vlaams blok milite pour qu'un véritable « filtre palliatif » soit mis en place, l'avis de la commission de la Santé publique ne va pas aussi loin et se borne à demander une « concertation » avec le patient. Il serait donc étonnant que même cette possibilité soit rejetée, tout comme il est inacceptable que certains intervenants reviennent sur leur opinion exprimée par leur approbation de l'avis de la commission de la santé publique.

Demander que ce filtre palliatif soit créé ne revient pas à défendre un point de vue autoritaire, mais bien à s'assurer, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, que personne ne fera contre son gré l'objet d'une euthanasie.

Il faudrait par ailleurs supprimer du texte, au 1° du paragraphe 2, la référence à « aucune autre solution raisonnable », qui a pour conséquence que les soins palliatifs, proposés en alternative à l'euthanasie, soient considérés comme déraisonnables. Toute personne qui opterait pour une autre solution que l'euthanasie — parce qu'elle est par exemple réellement opposée à l'eutha-

euthanasie is — zou volgens deze tekst als onredelijk kunnen worden beschouwd.

De wending die het debat neemt, lijkt een bevestiging voor het feit dat er met het standpunt van de commissie voor de Volksgezondheid totaal geen rekening zal worden gehouden en dat het verlangen bestaat om de werkelijke beslissingsbevoegdheid aan de commissie voor de Justitie toe te kennen.

De heer Fred Erdman (SP.A) herinnert eraan dat de procedure werd vastgesteld door de Conferentie van de voorzitters en dus door alle voorzitters van de politieke fracties werd goedgekeurd.

Wat de palliatieve zorg betreft, voorziet het wetsontwerp in een oplossing die gebaseerd is op evenredigheid en subsidiariteit : de patiënt kan pas verzoeken om zijn leven te beëindigen wanneer, in functie van de door de arts ingewonnen informatie, werd vastgesteld dat er geen andere denkbare mogelijkheid bestaat dan euthanasie.

De heer José Vande Walle (CD&V) wijst erop dat het aanbod van palliatieve zorg dat in het amendement wordt voorgesteld, een mogelijkheid zou zijn en geen verplichting. Het is juist door deze mogelijkheid te bieden en bijkomende informatie aan de patiënt te verschaffen, dat hij van mening zou kunnen veranderen.

De heer Yvan Mayeur (PS) verklaart dat de commissie voor de Volksgezondheid na het horen van diverse specialisten in palliatieve zorg kon vaststellen :

— dat geen enkele vereniging om de instelling van een palliatieve filter heeft gevraagd;

— dat de toepassing van een gepast palliatief verzorgingsprogramma noodzakelijk is.

Wat de kwestie van « hulp bij zelfdoding » betreft, moet erop worden gewezen dat — wat de meningen hieromtrent ook mogen zijn — dit voorstel, als het ooit wordt goedgekeurd, euthanasie niet mag vervangen, maar aanvullen.

Vandaag de dag wordt euthanasie buiten elk wettelijk kader uitgevoerd. Het is dus onontbeerlijk dat de artsen een zekere verantwoordelijkheid krijgen.

Mevrouw Jacqueline Herzet (MR) stipt aan dat palliatieve zorg soms idyllisch wordt voorgesteld, terwijl die voor sommige mensen pijnlijk en zelfs onverdraaglijk blijkt te zijn.

De heer Vande Walle c.s. dienen een als volgt luidend amendement in :

*« In paragraaf 2 een 1°*bis *invoegen, luidende :*

*« 1°*bis. *Elke patiënt heeft recht op palliatieve zorg, zowel thuis als in een verzorgingsinstelling. Deze palliatieve zorg mag niet beperkt blijven tot het levenseinde.*

Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder palliatieve zorg : het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op

nasie — pourrait, selon ce texte, être considérée comme non raisonnable.

La tournure que prend le débat semble confirmer que le point de vue de la commission de la Santé publique ne sera nullement pris en compte, et qu'il y a une volonté d'attribuer le réel pouvoir de décision à la commission de la Justice.

M. Fred Erdman (SP.A) rappelle que la procédure a été fixée par la Conférence des présidents, et que tous les présidents des groupes politiques l'ont donc approuvée.

Concernant les soins palliatifs, le projet prévoit une solution de proportionnalité et de subsidiarité : ce n'est que lorsqu'il est constaté, en fonction des informations recueillies par le médecin, qu'il n'y a pas d'autre possibilité envisageable que l'euthanasie que le patient pourra demander qu'il soit mis fin à sa vie.

M. José Vande Walle (CD&V) note que l'offre en soins palliatifs qui est proposée dans l'amendement créerait une possibilité, pas une obligation. C'est en offrant cette possibilité, en donnant au patient des informations complémentaires qu'il pourrait changer d'avis.

M. Yvan Mayeur (PS) explique que la commission de la Santé publique, en auditionnant divers spécialistes en soins palliatifs a pu constater :

— qu'aucune association n'a demandé l'instauration d'un filtre palliatif;

— qu'il est nécessaire qu'un véritable programme de soins palliatifs soit appliqué.

En ce qui concerne la question du « suicide assisté », quelles que soient les opinions que l'on peut avoir sur cette question, il faut rappeler que cette proposition, si elle devait être un jour acceptée, ne doit pas remplacer l'euthanasie, mais la compléter.

Des euthanasies se pratiquent aujourd'hui en dehors de tout cadre légal, et il est donc absolument indispensable qu'une certaine responsabilité soit attribuée aux médecins.

Mme Jacqueline Herzet (MR) note que les soins palliatifs sont parfois présentés de façon idyllique, alors que, pour certaines personnes, ceux-ci peuvent s'avérer douloureux et même insupportables.

M. Vande Walle et consorts présentent un amendement libellé comme suit :

*« À l'article 3, § 2, insérer un 1°*bis*, libellé comme suit :*

*« 1°*bis*. informer le patient du fait que tout patient peut bénéficier de soins palliatifs, tant à domicile que dans un établissement de soins. Ces soins palliatifs ne peuvent pas seulement être dispensés en fin de vie.*

Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par soins palliatifs : l'ensemble des soins actifs apportés aux patients atteints d'une maladie ne réagissant

curatieve therapieën reageert en voor wie de controle van pijn en van andere symptomen, alsook psychologische, morele, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn. ».

VERANTWOORDING

Zoals het voorligt zal het wetsontwerp palliatieve zorg onvoldoende worden geconsulteerd wanneer euthanasie wordt gevraagd. Om te vermijden dat palliatieve zorgen « over het hoofd worden gezien », dient in deze wet ook zeer duidelijk de libellering inzake palliatieve zorg aan bod te komen. » (Amendement nr 106, DOC 50 1488/008).

De heer Joseph Arens (PSC) dient de amendementen nrs 48, 49 en 50 in, luidend als volgt :

« In § 2, 2°, de eerste zin vervangen door wat volgt : « zich vergewissen van het feit dat de patiënt, ondanks aangepaste steun en behandeling, nog steeds aanhoudend fysiek of psychisch lijdt en dat zijn verzoek duurzaam is. ».

VERANTWOORDING

Tijdens de hoorzittingen hebben verschillende sprekers erop gewezen hoe noodzakelijk het is dat het verzoek van de patiënt wordt « gehoord » en « ontleed ». Een euthanasieverzoek is vaak dubbelzinnig. Meestal wil een patiënt die vraagt om te sterven, niet echt sterven : hij vraagt om te kunnen blijven leven, maar dan wel op een andere manier. Het is dus heel vaak een hulpkreet van een zieke om beter of minder slecht te leven.

Uit de hoorzittingen is gebleken dat, met het oog op de voorkoming van euthanasieverzoeken, een wezenlijke rol is weggelegd voor de geneeskunde die is toegespitst op het verzachten van de pijn, alsook voor de palliatieve geneeskunde. Artikel 3 verwoordt die dimensie niet. Er schuilt overigens een paradox in het voornemen om een algemene wetgeving over euthanasie goed te keuren op een ogenblik dat de pijnbestrijding eindelijk een enorme vooruitgang boekt (pijnklinieken, zie experimenten die zowel in België als in het buitenland op dit gebied worden gevoerd). Tijdens de hoorzittingen hebben de sprekers opgemerkt dat palliatieve zorg in de meeste gevallen het antwoord aanreikt op de vraag van patiënten om euthanasie. Daardoor kan pijn doeltreffend worden verzacht en is er een passende geestelijke, psychologische of spirituele begeleiding.

De eerste plicht van de arts ten opzichte van zijn patiënt is hem moreel en medisch bij te staan. Artikel 96 van de Code van de medische plichtenleer herinnert ons daaraan : « Wanneer het levenseinde van de patiënt

plus aux thérapies curatives et pour lesquels le contrôle de la douleur et d'autres symptômes, ainsi que le soutien psychologique, moral, familial et social revêtent une importance capitale. ».

JUSTIFICATION

Il ne sera pas suffisamment tenu compte du projet de loi relatif aux soins palliatifs lorsque des demandes d'euthanasie seront formulées. Pour éviter que l'option palliative soit négligée, il faut que le droit aux soins palliatifs soit aussi clairement inscrit dans la loi relative à l'euthanasie. » (Amendement no 106, DOC 50 1488/008).

M. Joseph Arens (PSC) présente les amendements suivants :

« Au § 2, 2°, insérer les mots « malgré le secours des traitements adéquats » entre les mots « du patient » et les mots « et de sa volonté ».

JUSTIFICATION

Lors des auditions, plusieurs intervenants ont souligné la nécessité d'« entendre » la demande du patient et de la « décoder ». Une demande d'euthanasie est souvent ambiguë. La plupart du temps, en demandant la mort, le patient ne demande pas de mourir : il demande de rester en vie, mais de vivre autrement. C'est, dans beaucoup de cas, un appel à l'aide venant du malade pour vivre mieux ou moins mal.

Les auditions ont montré la place essentielle qu'occupent la médecine axée sur le soulagement de la douleur et la médecine palliative dans la prévention des demandes d'euthanasie. L'article 3 ne rend pas compte de cette dimension. Il y a d'ailleurs un aspect paradoxal dans l'attitude qui consiste à vouloir adopter une législation générale sur l'euthanasie à un moment où, enfin, on assiste à d'énormes progrès sur le soulagement de la douleur (cliniques de la douleur, cf. expériences tant en Belgique qu'à l'étranger en la matière). Lors des auditions, les intervenants ont précisé que les soins palliatifs, dans la grande majorité des cas, apportent une réponse aux demandes d'euthanasie formulées par les patients, en soulageant la douleur de manière adéquate et en fournissant un accompagnement moral, psychologique ou spirituel adéquat.

La première obligation du médecin à l'égard de son patient est une obligation d'assistance morale et médicale. C'est l'article 96 du Code de déontologie qui nous le rappelle : « lorsqu'un malade se trouve dans la phase

nadert en hij nog in enige mate bewust is, moet de geneesheer hem moreel bijstaan en de middelen aanwenden die nodig zijn om zijn geestelijk en fysiek lijden te verzachten en hem waardig te laten sterven. Wanneer de patiënt definitief in een toestand van diepe bewusteloosheid verkeert, zal de geneesheer zich tot comfortzorgen beperken ».

Wanneer de arts met een euthanasieverzoek wordt geconfronteerd, moet hij dus hoe dan ook een reële dialoog tot stand brengen met de patiënt, alsook in gesprek treden met het verplegend en het palliatief team, teneinde zich ervan te vergewissen dat de patiënt een optimale begeleiding en verzorging krijgt. Zeer vaak beheerst de arts onvoldoende de pijnbestrijdingstechnieken of slaagt hij er niet in de patiënt de psychologische steun te bieden die zijn toestand vergt. In vele gevallen is het bijsturen van de verpleging en de begeleiding een antwoord op het verzoek van de patiënt.

De raadpleging van het palliatief team of van een persoon die gespecialiseerd is in pijnbestrijding, zou dus verplicht moeten zijn wanneer een euthanasieverzoek wordt geformuleerd.

Een terminale patiënt helpen te sterven, mag slechts het ultieme redmiddel zijn. In geen geval is een dergelijke handeling gerechtvaardigd wanneer zij wordt verricht zonder dialoog, op grond van onvoldoende kennis van behandelingen die zijn toegespitst op pijnbestrijding, of zonder psychologische begeleiding. Het is immers onaanvaardbaar dat men zich vergewist van de aanhoudende pijn van de patiënt zonder eerst met alle middelen gepoogd te hebben die pijn te verzachten. In dat geval zou men de arts er immers van kunnen beschuldigen dat hij zijn patiënt in de steek laat.

De verplichting van de arts om morele en medische bijstand te verlenen, moet in de euthanasiewet worden vermeld. Het verbod de patiënt in de steek te laten vormt immers de hoofdplicht van de arts en is opgenomen in artikel 96 van de Code van geneeskundige plichtenleer, meer bepaald in hoofdstuk IX met betrekking tot het naderende levenseinde. Wij achten die vereiste essentieel, aangezien dit wetsvoorstel een in zeer algemene bewoordingen geformuleerde afwijking vormt op de eed van Hippocrates en op artikel 95 van de Code van geneeskundige plichtenleer, dat het volgende bepaalt : « De geneesheer mag niet opzettelijk de dood van een zieke veroorzaken, noch hem helpen zelfmoord te plegen ».

De arts moet zich ervan vergewissen dat de patiënt optimaal begeleid en verzorgd wordt. En nogmaals : een terminale patiënt helpen te sterven, mag slechts het ultieme redmiddel zijn. In geen geval is een dergelijke handeling gerechtvaardigd wanneer zij wordt verricht zonder dialoog, op grond van onvoldoende kennis van behandelingen die zijn toegespitst op pijnbestrijding, of zonder psychologische begeleiding. » (Amendement nr 48, DOC 50 1488/006).

terminale de sa vie, tout en ayant gardé un certain état de conscience, le médecin lui doit toute assistance morale et médicale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité. Lorsque le malade est définitivement inconscient, le médecin se limite à ne prodiguer que des soins de confort ».

Face à une demande d'euthanasie, il est donc impératif que le médecin noue un réel dialogue avec le patient et s'entretienne avec l'équipe soignante et l'équipe palliative, afin de s'assurer que le patient bénéficie d'un accompagnement et de soins optimaux. Bien souvent, le médecin ne maîtrise pas suffisamment les techniques de contrôle de la douleur ou ne parvient pas à donner au patient le soutien psychologique que son état requiert. Dans beaucoup de cas, un rééquilibrage des soins et de l'accompagnement répond à la demande du patient.

La consultation de l'équipe palliative ou d'une personne spécialisée dans le soulagement de la douleur devrait donc être rendue obligatoire lorsqu'une demande d'euthanasie est formulée.

Donner la mort au patient en fin de vie ne peut être que le recours ultime et en aucun cas, une absence de dialogue, une méconnaissance des traitements visant à soulager la souffrance ou un manque d'accompagnement psychologique ne peut justifier un tel acte. Il est, en effet, inacceptable de « s'assurer de la persistance de la souffrance du patient », sans d'abord avoir essayé de tout faire pour soulager cette souffrance. Le médecin se rendrait d'ailleurs dans ce cas coupable d'abandon à l'égard de son patient.

L'obligation d'assistance morale et médicale du médecin doit figurer dans une loi sur l'euthanasie. C'est l'obligation première du médecin de ne pas abandonner son patient, qui figure à l'article 96 du chapitre IX, du Code de déontologie médicale relatif à la vie finissante. Cette exigence nous paraît essentielle dès lors que cette proposition constitue une dérogation formulée en termes très généraux au serment d'Hippocrate et à l'article 95 du Code de déontologie : « Le médecin ne peut pas provoquer délibérément la mort d'un malade ni l'aider à se suicider ».

Le médecin doit s'assurer que le patient bénéficie d'un accompagnement et de soins optimaux. Donner la mort au patient en fin de vie ne peut être que le recours ultime et en aucun cas, une absence de dialogue, une méconnaissance des traitements visant à soulager la souffrance ou un manque d'accompagnement psychologique ne peut justifier un tel acte. » (Amendement n° 48, DOC 50 1488/006).

Amendement nr 49 beoogt in § 2, 2° het woord « of » te vervangen door het woord « en ».

VERANTWOORDING

De voorgestelde wet heeft een te grote toepassingssfeer omdat euthanasie ook mag worden uitgevoerd wanneer er enkel sprake is van psychisch lijden als gevolg van een ernstige en ongeneeslijke ziekte. Psychiatrische studies tonen echter aan dat er geen enkel rationeel middel bestaat om een onderscheid te maken tussen psychisch lijden dat te maken heeft met de objectieve medische toestand en psychisch lijden dat een niet medische oorzaak heeft (financiële problemen, leeftijd, eenzaamheid, verlies van een dierbare, depressie enzovoort). De wet kan ook betrekking hebben op depressieve personen of personen met zelfmoordneigingen. Het wordt nog gevaarlijker omdat in het voorstel euthanasie niet langer wordt voorbehouden voor patiënten in een stervensfase, maar ook mogelijk wordt gemaakt voor patiënten die nog lang kunnen leven. Volgens het ontwerp ter discussie kan euthanasie ook voor personen die op een of andere manier voortdurend uiting geven aan hun onwil om te leven.

Maar de verhoren, dat van dokter Desmedt in het bijzonder, hebben aangetoond dat verschillende mechanismen psychische ontreddering — de basis voor de meeste euthanasievragen — kunnen veroorzaken.

Deze mechanismen zijn complex en er bestaat een nauw verband tussen een hevig verlangen naar de dood en de aanwezigheid en de ernst van een depressie.

Het is dus van primordiaal belang de pathologie van een depressie op te sporen en te behandelen alvorens te veronderstellen dat een patiënt die een angst of een sterke levensmoeheid te kennen geeft, werkelijk uit bewuste en vrije wil handelt en zich bovendien in een lijdenstoestand bevindt die niet kan worden verlicht.

Het is derhalve bijzonder gevaarlijk om enkel naar het criterium van psychisch lijden te verwijzen. » (Amendement nr 49, DOC 50 1488/006).

Amendement nr 50 brengt in § 2, 3°, de volgende wijzigingen aan *:*

« a) het eerste lid vervangen door het volgende lid : « 3° ten minste een andere arts raadplegen die gespecialiseerd is in de aandoening waaraan de patiënt lijdt en die arts op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.

De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij vergewist zich ervan dat alle in § 1 bedoelde voorwaarden zijn vervuld, alsook dat de verstrekte pijnbehandeling, verzorging en begeleiding afgestemd zijn op de toestand van de zieke. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. »;

L'amendement n° 49, vise à remplacer au § 2, 2°, le mot « ou » par le mot « et ».

JUSTIFICATION

Le champ d'application de la loi proposée est trop large, en ce que l'euthanasie reste admise dans le cas de seules souffrances psychiques résultant d'une maladie grave et incurable. Des études psychiatriques montrent qu'il n'existe aucun moyen rationnel de faire la distinction entre les souffrances psychiques liées à une condition médicale objective et les souffrances qui ont une origine non médicale (problèmes financiers, âge, solitude, perte d'un être cher, troubles dépressifs …) La législation proposée peut toucher les personnes dépressives ou ayant des tendances suicidaires. Elle devient particulièrement dangereuse si la proposition d'euthanasie n'est pas limitée à la fin de vie, mais s'adresse aussi aux patients qui ont encore une longue espérance de vie. L'euthanasie d'une personne d'une manière ou d'une autre mais de façon constante son désespoir de vivre pourrait être autorisée selon le projet en discussion.

Or, les auditions, et notamment celle de Mme le docteur Desmedt ont montré que plusieurs mécanismes peuvent être à l'origine de la détresse psychologique qui sous-tend la plupart des demandes d'euthanasie.

Ces mécanismes sont complexes et il existe une forte corrélation entre un désir profond de mourir et la présence et la gravité d'une dépression.

Il est donc capital de dépister et de traiter la pathologie dépressive avant de considérer qu'un patient qui exprime une angoisse ou une profonde lassitude de vivre exprime réellement une volonté consciente et libre et, par ailleurs, se trouve dans un état de souffrance qui ne peut être apaisé.

Il est par conséquent particulièrement dangereux de se référer au seul critère de la souffrance psychique. » (Amendement n° 49, DOC 50 1488/006).

L'amendement n° 50 apporte les modifications suivantes au § 2, 3° :

« a) remplacer le premier alinéa par ce qui suit : « 3° consulter au moins un autre médecin spécialisé dans la pathologie dont souffre le patient, en précisant les raisons de la consultation.

Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il s'assure de l'existence de l'ensemble des conditions visées au § 1er ainsi que de l'adéquation à l'état du malade des traitements contre la douleur, des soins et de l'accompagnement prodigués. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

[...] »;

b) in het tweede lid de woorden « bevoegd » vervangen door de woorden « gespecialiseerd ».

VERANTWOORDING

Omdat euthanasie een uitzonderlijk zwaarwichtige handeling is, is de arts verplicht een aantal adviezen in te winnen die hem bij zijn beslissing kunnen helpen, met name het advies van ten minste één collega die gespecialiseerd is in de aandoening waaraan de patiënt lijdt (het woord « gespecialiseerd » in een bepaalde aandoening is preciezer dan « bevoegd », aangezien iedere arts geacht wordt bevoegd te zijn zodra hij de titel van dokter in de geneeskunde voert.

Het advies van ten minste één arts stemt overeen met wat de geneeskundige plichtenleer in artikel 97 voorschrijft met betrekking tot het op gang brengen of beëindigen van een behandeling bij een terminale patiënt.

De geraadpleegde arts moet vaststellen dat is voldaan aan alle in § 1 opgesomde voorwaarden, met betrekking tot de patiënt zelf (bewustzijnsgraad), het verzoek van de patiënt in al zijn aspecten (vrijwillig, overwogen en herhaald verzoek, duurzaam karakter van het verzoek) en de gezondheidstoestand van de patiënt (ongeneeslijke aard van de aandoening waaraan hij lijdt, ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden, verwachting met betrekking tot het intreden van de dood).

Die tweede arts is ook verplicht na te gaan of de verzorging en de begeleiding van de patiënt zijn afgestemd op diens toestand.

Als de arts over bepaalde elementen niet tot een vaststelling kan komen, moet hij dat vermelden. » (Amendement nr 50, DOC 50 1488/006).

De heer Fred Erdman (SP.A) vraagt zich in verband met amendement nr 50 — dat de raadpleging van een specialist oplegt — af of dit niet inherent is aan de medische plichtenleer en de geneeskundige praktijk.

De dames Annemie Van de Casteele (VU&ID) en *Jacqueline Herzet (MR)* herinneren eraan dat het wetsontwerp in verband met de geraadpleegde arts stipuleert : « bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen ». Vereisen dat een « specialist » moet worden geraadpleegd, maakt de tekst er dus niet beter op.

De heer José Vande Walle (CD&V) dient samen met zijn collega's Tony Van Parys, Luc Goutry en Joke Schauvliege de amendementen nrs 29 en 30 in, luidend als volgt :

« In § 2, 2°, de eerste zin vervangen door de woorden :

« zich verzekeren van het vervuld zijn van de voorwaarden als bedoeld in § 1 ».

b) à l'alinéa 2, remplacer les mots « compétent quant à » par les mots « spécialisé dans ».

JUSTIFICATION

Vu l'exceptionnelle gravité de l'acte d'euthanasie, le médecin a l'obligation de recueillir un certain nombre d'avis de nature à éclairer sa décision et notamment l'avis d'au moins un confrère spécialisé dans la pathologie dont souffre le patient (le mot « spécialisé » dans une pathologie déterminée est plus exact que compétent puisque tout médecin est sensé être compétent dès qu'il est porteur du titre de docteur en médecine.

L'avis d'au moins un confrère correspond à ce que le Code de déontologie prescrit en son article 97, en ce qui concerne les décisions de mise en route ou d'arrêt de traitement à l'égard d'un patient en fin de vie.

Le médecin consulté doit constater l'existence de toutes les conditions énumérées au § 1er, liées au patient lui-même (degré de conscience), à la demande du patient dans tous ses aspects (demande volontaire, réfléchie, répétée, volonté réitérée), et à l'état de santé du patient (caractère incurable de la maladie dont il souffre, nature inapaisable et insupportable de sa souffrance, pronostic relatif à l'échéance du décès).

Ce second médecin a l'obligation également de vérifier l'adéquation des soins et de l'accompagnement à l'état du patient.

Si le médecin ne peut tirer aucune constatation quant à certains éléments, il doit le mentionner. » (Amendement n° 50, DOC 50 1488/006).

M. Fred Erdman (SP.A) se demande, concernant l'amendement n° 50 qui impose la consultation d'un spécialiste, si celle-ci n'est pas inhérente à la déontologie et à la pratique médicale.

Mmes Annemie Van de Casteele (VU&ID) et Jacqueline Herzet (MR) rappellent que le projet dispose que le médecin consulté doit être « compétent quant à la pathologie concernée ». Requérir qu'un « spécialiste » soit consulté n'apporterait donc rien de plus au texte.

M. José Vande Walle (CD&V) dépose, avec ses collègues MM. Tony Van Parys, Luc Goutry et Mme Joke Schauvliege, deux amendements rédigés comme suit :

« Au § 2, 2°, remplacer la première phrase par la phrase suivante :

« s'assurer que les conditions visées au § 1er sont réunies ».

VERANTWOORDING

Artikel 3, § 2, 2°, vormt een nodeloze herhaling van hetgeen reeds onder de grondvoorwaarden in § 1, derde streepje is vermeld. Een interne verwijzing maakt duidelijk dat de arts zich in de gesprekken met de patiënt niet enkel dient te vergewissen van de aanhoudende pijn van de patiënt of enkel het duurzaam karakter van zijn verzoek, maar dient na te gaan of alle grondvoorwaarden zoals bedoeld in § 1 werkelijk zijn vervuld. » (Amendement nr 29, DOC 50 1488/005).

Amendement nr 30 vervangt paragraaf 2, 3°, eerste lid, als volgt :

« een andere arts raadplegen over het verzoek van de patiënt. De geraadpleegde arts gaat na of de voorwaarden bedoeld in § 1 vervuld zijn. Hij neemt inzage van het medisch dossier en stelt een verslag op van zijn bevindingen. ».

VERANTWOORDING

Het advies van de tweede arts, dat zich nu beperkt tot het rapporteren over het voortdurende, ondraaglijke en niet te lenigen karakter van de pijn of de nood, moet opengetrokken worden en, zoals de Nederlandse wet voorziet, betrekking hebben op de te nemen beslissing in haar geheel. De tweede arts moet zich ook uitspreken over de zwaarwichtigheid van de medische aandoening, het medische uitzichtloos karakter ervan en over de mogelijkheid van palliatieve zorg. Hij dient aldus na te gaan of alle grondvoorwaarden zoals bedoeld in § 1 werkelijk zijn vervuld. » (Amendement nr 30, DOC 50 1488/005).

De heer Fred Erdman (SP.A) merkt op dat met dit laatste amendement kennelijk niet langer wordt voorzien in het onderzoek dat de tweede arts moet verrichten in verband met de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening. Dat is een stap achteruit, temeer aangezien daarover in de Senaat lange besprekingen zijn gevoerd, die ertoe hebben geleid die raadpleging op te leggen. Zoals het wetsontwerp nu is opgesteld, bevat het een bijkomende waarborg, die in amendement nr 30 niet voorkomt.

De heer José Vande Walle (CD&V) merkt op dat nergens in de tekst is bepaald dat de behandelend arts, als die er is, moet worden geraadpleegd, terwijl die met de patiënt toch een bevoorrechte relatie heeft. Om die leemte op te vullen dient de spreker met zijn collega's

JUSTIFICATION

L'article 3, § 2, 2°, répète inutilement ce qui figure déjà dans les conditions essentielles énumérées au §1er, troisième tiret. Un renvoi dans le texte indique clairement qu'au cours de ses entretiens avec le patient, le médecin doit non seulement s'assurer de la persistance de la douleur ou de sa volonté réitérée, mais aussi exprimer si les conditions essentielles visées au § 1er sont effectivement réunies. » (Amendement n° 29, DOC 50 1488/005).

L'amendement n° 30 remplace le § 2, 3°, alinéa 1er, par l'alinéa suivant :

« consulter un autre médecin quant à la demande du patient. Le médecin consulté vérifie si les conditions visées au § 1er sont réunies. Il prend connaissance du dossier médical et rédige un rapport présentant ses conclusions. ».

JUSTIFICATION

L'avis du deuxième médecin, lequel se limite désormais à faire rapport sur le caractère permanent, insupportable et inapaisable de la souffrance ou de la détresse, doit être étendu et, comme le prévoit la loi néerlandaise, porter sur la décision à prendre dans son ensemble. Le deuxième médecin doit aussi se prononcer sur la gravité de la pathologie médicale, son caractère médical sans issue et la possibilité de prise en charge palliative. Il doit donc vérifier si les conditions essentielles visées au § 1er sont effectivement remplies. » (Amendement n° 30, DOC 50 1488/005) ».

M. Fred Erdman (SP.A) note que ce dernier amendement semble abandonner l'enquête que le deuxième médecin doit effectuer sur le caractère grave et incurable de l'affection. Il s'agit là d'un pas en arrière, d'autant plus que de longues discussions ont eu lieu au Sénat à ce propos, qui ont abouti à imposer cette consultation. Le projet tel qu'il est rédigé offre donc une garantie supplémentaire, absente de l'amendement n° 30.

M. José Vande Walle (CD&V) signale qu'il n'est prévu nulle part dans le texte que le médecin traitant, s'il en existe un, soit consulté, alors que celui-ci entretient une relation privilégiée avec le patient. Afin de combler cette lacune, il dépose avec ses collègues MM. Tony Van

Tony Van Parys, Luc Goutry en Joke Schauvliege amendement nr 31 in, luidend als volgt :

*« Paragraaf 2 aanvullen met een 3°*bis*, dat luidt als volgt :*

*« 3°*bis*. indien er een huisarts is, het verzoek van de patiënt met hem bespreken. ».*

VERANTWOORDING

De voltallige kamercommissie Volksgezondheid heeft zich, op een lid na, uitgesproken voor de consultatie van de huisarts van de patiënt. De commissie wenst aldus de bijzondere rol van de huisarts als vertrouwenspersoon te bevestigen. » (Amendement nr 31, DOC 50 1488/005).

De heer Fred Erdman (SP.A) merkt op dat men de patiënt het recht moet laten elke betrokkenheid van zijn behandelend arts te weigeren, zelfs al is er tussen die twee gewoonlijk een relatie van vertrouwen. Het voorgestelde amendement maakt de raadpleging van die arts echter verplicht.

De heer Yvan Mayeur (PS) verklaart dat als een patiënt in een verzorgingsinstelling wordt opgenomen voor een aandoening die de huisarts niet kan behandelen (zoals kanker), hij gedurende jaren door specialisten zal worden gevolgd. Het ligt dus niet voor de hand dat de patiënt met zijn vroegere behandelend arts nog contacten heeft, noch dat deze laatste iets kan bijdragen. Men moet de raadpleging van de behandelend arts dus niet opleggen, en ervan afzien de praktijkvoering van de artsen terzake aan regels te onderwerpen.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) herinnert eraan dat de commissie voor de Volksgezondheid in een unaniem goedgekeurd advies gevraagd had dat als er een huisarts was, die zou worden geraadpleegd. Dit is dus de tweede maal dat men de in de commissie voor de Volksgezondheid bereikte consensus met voeten treedt, wat er lijkt op te wijzen dat er een akkoord is om geen enkel amendement goed te keuren, ongeacht wie de indiener is.

Volgens *de heer Bart Laeremans (Vlaams Blok)* men moet men nagaan of op de patiënt geen enkele druk van buitenaf wordt uitgeoefend om hem te dwingen euthanasie te aanvaarden. Alleen de behandelend arts, die de persoonlijke en gezinstoestand van de patiënt kent — inclusief de financiële —, kan inschatten of dergelijke pressie in het spel is.

De behandelende arts kan ook beter dan wie ook inschatten wat de ware aard van het verzoek van de patiënt is.

In de ziekenhuizen komen die elementen onder druk van de omstandigheden soms niet aan bod of wordt er geen rekening mee gehouden; het is dus volkomen te-

Parys, Luc Goutry et Mme Joke Schauvliege, un amendement rédigé comme suit :

*« Compléter le § 2 par un 3°*bis*, libellé comme suit :*

*« 3°*bis*. s'il existe un médecin traitant, s'entretenir de la demande du patient avec celui-ci. ».*

JUSTIFICATION

La commission de la santé publique de la Chambre s'est prononcée à l'unanimité, moins un membre, en faveur de la consultation du médecin traitant du patient. La commission tient donc à confirmer le rôle particulier que joue le médecin traitant en tant que personne de confiance. » (Amendement n° 31, DOC 50 1488/005).

M. Fred Erdman (SP.A) fait remarquer qu'il faut laisser au patient le droit de refuser toute implication de son médecin traitant, et ce même si, habituellement, il existe une relation de confiance entre ces deux personnes. Or l'amendement proposé rend obligatoire la consultation de ce médecin.

M. Yvan Mayeur (PS) explique que lorsque le patient est hospitalisé dans une institution de soins pour une affection que le généraliste ne peut traiter (comme par exemple un cancer), il sera suivi pendant des années par des spécialistes. Il n'est donc pas évident que le patient ait encore des contacts avec son ancien médecin traitant, ni que ce dernier puisse lui apporter quelque chose. Il ne faut donc pas imposer la consultation du médecin traitant, et s'abstenir de régenter la pratique des médecins en la matière.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) rappelle que la commission de la Santé publique a demandé, dans un avis adopté à l'unanimité, « que le médecin généraliste doit être consulté, s'il en existe un ». C'est donc la deuxième fois qu'il n'est fait aucun cas du consensus atteint en commission de la Santé publique, ce qui tend à prouver qu'il y a un accord pour qu'aucun amendement ne soit adopté, quels qu'en soient les auteurs.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) est d'avis qu'il fait vérifier qu'aucune pression extérieure ne s'exerce sur le patient pour le forcer à accepter l'euthanasie, et que seul le médecin traitant, qui connaît la situation personnelle et familiale du patient, y compris financière, est à même de se rendre compte si de telles pressions existent.

Le médecin traitant sait aussi mieux que personne apprécier la nature réelle de la demande du patient.

Dans les hôpitaux, sous la pression des événements, ces éléments peuvent ne pas apparaître ou n'être pas pris en compte, et il est donc tout à fait justifié de requé-

recht het advies van de behandelende arts te vragen, een advies dat trouwens niet noodzakelijk schriftelijk hoeft te zijn.

De heer Fred Erdman (SP.A) herinnert eraan dat in artikel 3, § 2, punt 6°, wordt bepaald dat één van de verplichtingen van de arts de volgende is : « zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten ».

Als de patiënt bijgevolg met zijn behandelende arts een vertrouwensrelatie heeft en hij hem wenst te ontmoeten, staat niets deze ontmoeting in de weg.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vindt dat als druk van buitenaf op de patiënt wordt uitgeoefend, men de patiënt precies zal verhinderen zijn behandelende arts te ontmoeten. Als de patiënt zulks trouwens vraagt, zou de ziekenhuisarts dat verzoek kunnen interpreteren als een blijk van wantrouwen tegenover hem. Die raadpleging moet dus worden verplicht.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) beklemtoont dat men mag verwachten dat vele gevallen van euthanasie die in België zullen worden uitgevoerd, in tegenstelling tot Nederland in een ziekenhuisomgeving zullen plaatshebben. Het is dus nuttig de bijstand van de huisarts voor te stellen, vooral als het gaat om bejaarden. Het ligt helemaal niet voor de hand dat de patiënt daar zelf om verzoekt.

Mevrouw Fauzaya Talhaoui (Agalev-Ecolo) attendeert erop dat de overbelaste behandelend artsen niet altijd de tijd hebben om hun patiënten in het ziekenhuis op te zoeken.

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 51 in, luidend als volgt :

« Paragraaf § 2, 4°, vervangen door de volgende tekst :

« 4° over alle in § 1 bedoelde voorwaarden het advies van het verplegend team of van het palliatief team inwinnen, alsook van iedere derde of van iedere cel die bij de besluitvorming kan helpen; ».

VERANTWOORDING

Omdat euthanasie een uitzonderlijk zwaarwichtige handeling is, is de arts verplicht een aantal adviezen in te winnen die hem bij zijn beslissing kunnen helpen, met name het advies van het verplegend team of van het palliatief team, alsook van iedere derde of iedere cel die bij de besluitvorming kan helpen.

Het gaat hier niet om een gewoon gesprek op verzoek van de patiënt, maar om een echte dialoog waarbij de teams worden verzocht hun advies te geven. Die adviezen moeten betrekking hebben op alle vooraf-gaandelijk opgesomde voorwaarden met betrekking tot de patiënt zelf (bewustzijnsgraad), het verzoek van de

rir l'avis du médecin traitant, avis qui ne doit d'ailleurs pas forcément être écrit.

M. Fred Erdman (SP.A) rappelle que le point 6° du paragraphe 2 de l'article 3 prévoit que l'une des obligations du médecin est de « s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer ».

Par conséquent, si le patient entretient une relation de confiance avec son médecin traitant et qu'il souhaite le rencontrer, rien ne s'oppose à ce qu'il s'entretienne avec lui.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) estime que si des pressions externes s'exercent sur le patient, celui-ci sera précisément empêché de rencontrer son médecin traitant. Si d'ailleurs le patient le demande, le médecin de l'hôpital pourrait interpréter cette requête comme une preuve de méfiance envers lui. Il faut donc rendre cette consultation obligatoire.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) souligne qu'il est prévisible que beaucoup d'euthanasies qui auront lieu en Belgique se dérouleront, contrairement à ce qui se passe aux Pays-Bas, en institution hospitalière. Il est donc utile de proposer l'assistance du médecin traitant, surtout lorsqu'il s'agit de personnes âgées, et il n'est pas forcément évident que le patient formule cette demande lui-même.

Mme Fauzaya Talhaoui (Agalev-Ecolo) attire l'attention sur le fait que les médecins traitants surchargés n'ont pas toujours le temps de se rendre auprès de leurs patients hospitalisés.

M. Joseph Arens (PSC) présente l'amendement suivant :

« Remplacer le § 2, 4°, par ce qui suit :

« 4° recueillir l'avis de l'équipe soignante et de l'équipe palliative sur l'ensemble des conditions visées au § 1er, ainsi que de tout tiers ou toute cellule d'aide à la décision susceptible d'être utilement consultée; ».

JUSTIFICATION

Vu l'exceptionnelle gravité de l'acte d'euthanasie, le médecin a l'obligation de recueillir un certain nombre d'avis de nature à éclairer sa décision et notamment l'avis de l'équipe soignante et de l'équipe palliative, ainsi que de tout tiers ou toute cellule d'aide à la décision susceptible d'être utilement consulté.

Il ne s'agit pas d'un simple entretien sur la demande du patient, mais d'un véritable dialogue où les équipes seront amenées à rendre un avis. Ces avis devront porter sur toutes les conditions énumérées plus haut liées au patient lui-même (degré de conscience, à la demande du patient dans tous ses aspects (volontaire, réfléchie,

patiënt in al zijn aspecten (vrijwillig, overwogen en herhaald verzoek, duurzaam karakter van het verzoek) en de gezondheidstoestand van de patiënt (ongeneeslijke aard van de aandoening waaraan hij lijdt, ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden, verwachting met betrekking tot het intreden van de dood).

Deze voorwaarde moet opnieuw soepel worden beoordeeld door rekening te houden met de specifieke bekwaamheid van de geraadpleegde persoon. De arts beheerst vaak onvoldoende de pijnbeheersingstechnieken. Op dit niveau kan het advies van het verplegend maar vooral het palliatief team van nut zijn. Het verzoek om euthanasie wijst op lijden. Vooraleer wordt overwogen op het verzoek van de patiënt in te gaan, moet men dat lijden eerst pogen te verzachten. De bedoelde derde of de cel die bij de besluitvorming kan helpen, verwijst met name (maar niet uitsluitend) naar de leden die door het plaatselijk ethisch comité van het ziekenhuis zijn afgevaardigd. Het gezichtspunt van een derde die geen betrokken partij is in de relatie met de patiënt, is in dergelijke situaties bijzonder belangrijk. Hij kan voor de arts het ethisch aspect van het probleem verduidelijken.

Het is belangrijk dat zo veel mogelijk collega's uit andere disciplines worden geraadpleegd. Deze aanpak bevordert de transparantie van de medische beslissingen, waarvoor de eindverantwoordelijkheid bij de arts berust. Er is geen verminderde of gedeelde verantwoordelijkheid, aangezien de arts uiteindelijk meester blijft van zijn beslissing. Die multidisciplinaire raadpleging maakt het ook mogelijk clandestiene euthanasie te voorkomen. » (Amendement nr 51, DOC 50 1488/006).

De spreker herhaalt trouwens dat hij gekant is tegen euthanasie bij niet-terminale patiënten en stelt amendement nr 52 voor, dat paragraaf 3 beoogt weg te laten.

« VERANTWOORDING

Paragraaf 3 betreft de situatie van personen die niet in de terminale fase verkeren.

Om de in de verantwoording van de eerste amendementen uiteengezette redenen is het niet wenselijk dat het wetsontwerp voor die situaties geldt. » (Amendement nr 52, DOC 50 1488/006).

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) dient een gelijksoortig amendement nr 32 in, dat paragraaf 3 beoogt te doen vervallen.

« VERANTWOORDING

In de kamercommissie Volksgezondheid heeft de helft van de leden bevestigd zeer grote bezwaren te hebben

répétée, volonté réitérée), au caractère incurable de la maladie dont il souffre, et à la nature inapaisable et insupportable de sa souffrance, ainsi qu'au pronostic relatif à l'échéance du décès.

De nouveau, cette condition doit s'apprécier souplement en tenant compte des compétences particulières de la personne consultée. Bien souvent, le médecin ne maîtrise pas suffisamment les techniques de contrôle de la douleur. C'est à ce niveau que l'avis de l'équipe soignante, mais surtout palliative, peut lui être très utile. La demande d'euthanasie traduit une souffrance. Il faut d'abord essayer de soulager cette souffrance, avant d'envisager de répondre à la demande du patient. Le tiers ou la cellule d'aide à la décision qui est visé renvoie notamment (mais pas exclusivement) aux membres délégués du Comité local d'éthique hospitalier. L'éclairage d'un tiers, qui n'est pas impliqué dans la relation avec le patient, est particulièrement important dans de telles situations. Il peut éclairer le médecin sur l'aspect éthique du problème.

L'important c'est d'encourager la consultation collégiale pluridisciplinaire. Cette démarche assure la transparence des décisions médicales, qui restent de la responsabilité ultime du médecin. Il n'y a pas dilution ou partage de responsabilité, puisque le médecin reste en définitive maître de sa décision. Cette consultation permet également de prévenir les euthanasies clandestines. » (Amendement n° 51, DOC 50 1488/006).

L'intervenant réitère par ailleurs son opposition à l'euthanasie de patients en phase non-terminale et propose un amendement visant à supprimer le § 3.

« JUSTIFICATION

Le § 3 vise la situation des personnes qui ne sont pas en phase terminale.

Pour les raisons exposées dans la justification des premiers amendements, il n'est pas souhaitable que ces situations soient visées par la loi en projet. » (Amendement n° 52, DOC 50 1488/006).

Mme Joke Schauvliege (CD&V) présente un amendement similaire, visant à supprimer le § 3.

« JUSTIFICATION

Au sein de la commission de la Santé publique de la Chambre, la moitié des membres ont formulé de vives

bij de uitbreiding van de reglementering naar personen die zich niet in een stervensfase bevinden.

In tegenstelling tot de palliatieve zorg, die voor eenieder toegankelijk moet zijn en zich niet beperkt tot het levenseinde, kan euthanasie enkel in de terminale fase ter discussie komen. Zoniet, overschrijden we de grenzen van de medische noodzaak en bevestigen we het recht van elkeen die « het niet meer ziet zitten » om opdracht te geven tot het beëindigen van zijn leven.

Artikel 3, § 3, voorziet dat euthanasie ook kan toegepast worden op patiënten van wie niet verwacht wordt dat zij binnen afzienbare tijd gaan sterven. Een persoon die lijdt aan een niet te behandelen depressie, maar geenszins wordt geacht binnenkort te sterven, of een niet-terminaal gehandicapt persoon, voor wie in de huidige stand van de wetenschap geen remedie kan worden aangeboden tot leniging van deze handicap, die naar eigen subjectief aanvoelen « in ondraaglijke nood » verkeert, kunnen volgens het ontwerp aldus verzoeken om « euthanasie ».

Deze hypotheses ressorteren evenwel intrinsiek buiten de aflijning van « euthanasie », zowel in de betekenis zoals die er werd aan gegeven door het Raadgevend Comité, als in haar filosofische, ethische en medische benadering.

Het doden op verzoek van een niet-terminale patiënt kan niet gelijk gesteld worden met euthanasie, en is bovendien niet te rechtvaardigen.

Euthanasie gaat in wezen enkel en alleen over de lijdende patiënt die wordt geconfronteerd met het nadere levenseinde en de vaststelling dat de arts, met de medische middelen waarover hij beschikt, niet meer afdoend kan optreden om deze fysieke nood te lenigen. De hoorzittingen in de Senaat en in de commissie Volksgezondheid bevestigden dat het hierbij om een uitzonderlijke hypothese gaat, waarbij euthanasie als ultimum remedium kan worden toegepast ingevolge het vrijwillig, herhaald, bewust, weloverwogen en duurzaam verzoek van de patiënt. Het is een situatie waarin ook het zorgcomfort van de palliatieve behandeling deze uitzichtloosheid niet kan opheffen, en waarbij de patiënt kan verzoeken dat hij in deze terminale fase niet op een ontluisterende en pijnlijke, maar op een waardige manier kan sterven en afscheid nemen.

Essentieel gaat euthanasie dus over mensen « die aan het sterven zijn ». Wie euthanasie begrijpt als een middel voor mensen die, louter vanuit een subjectief aanvoelen, en zich hierbij beroepend op een algemeen zelfbeschikkingsrecht, stellen : « ik wil sterven » ontkent het precieze karakter van « euthanasie ». Deze laatste hypothese is geen « euthanasie », maar « hulp bij, of delegatie van zelfdoding ».

Immers is het de arts, die als beoefenaar van de geneeskunde, kan besluiten dat, indien geen enkele cura-

objections à l'encontre de l'extension du champ d'application de la réglementation aux personnes qui ne sont pas à l'article de la mort.

Contrairement aux soins palliatifs, qui doivent être accessibles à chacun et ne se limitent pas à la fin de la vie, l'euthanasie ne peut être envisagée que dans la phase terminale. Faute de quoi, nous dépasserions les limites de la nécessité médicale et nous accorderions à toute personne « qui n'y croit plus » le droit de demander que l'on mette fin à sa vie.

L'article 3, § 3, dispose que l'euthanasie peut également être pratiquée sur des patients dont on n'attend pas le décès à brève échéance. Une personne qui souffre d'une dépression impossible à traiter, mais dont on n'attend pas le décès à court terme, ou une personne handicapée ne se trouvant pas en phase terminale, mais à laquelle, dans l'état actuel de la science, aucun remède ne peut être proposé pour atténuer son handicap et qui estime, subjectivement, se trouver dans une situation de « détresse insupportable », pourrait donc solliciter l'« euthanasie » aux termes de la proposition.

Les cas visés dans l'hypothèse précitée s'inscrivent toutefois intrinsèquement hors du champ sémantique du mot « euthanasie » qu'a défini le Comité consultatif et hors de celui qui obéit aux critères philosophiques, éthiques et médicaux.

Le fait de donner la mort à un patient qui ne se trouve pas en phase terminale, à la demande de celui-ci, ne peut être assimilé à l'euthanasie et est injustifiable.

Par essence, l'euthanasie ne concerne que le patient souffrant qui est confronté à l'imminence de la mort et qui constate que le médecin ne peut plus intervenir efficacement pour adoucir sa détresse physique avec les moyens médicaux dont il dispose. Les auditions au Sénat et à la commission de la Santé publique ont confirmé qu'il s'agit d'un cas exceptionnel dans lequel l'euthanasie peut être pratiquée en tant qu'ultimum remedium, à la demande spontanée, répétée, consciente, mûrement réfléchie et persistante du patient. Il s'agit d'un cas dans lequel le traitement palliatif de confort ne permettant pas non plus de remédier à la situation sans issue du patient arrivé en phase terminale, celui-ci peut demander à pouvoir finir ses jours d'une manière conforme à la dignité humaine et non pas dans la déchéance et la douleur.

Par essence, l'euthanasie concerne donc des personnes qui sont « à l'article de la mort ». Quiconque considère l'euthanasie comme un moyen dont peuvent faire usage des personnes qui, dans un élan subjectif et se prévalant d'un droit général à l'autodétermination, disent « je veux mourir », en méconnaît le caractère exact. Toute intervention à la demande de telles personnes constituerait non pas un acte d'« euthanasie », mais un acte « d'assistance à — ou de délégation de — la mort volontaire ».

En effet, c'est au médecin qu'il appartient d'éventuellement conclure, en sa qualité de praticien de l'art de

tieve of palliatieve medische behandeling de fysiek lijdende patiënt nog kan helpen, hij kan ingaan op het verzoek van deze patiënt om hem, op een medisch verzorgde manier, het waardig sterven mogelijk te maken, in zoverre hij meent dat deze plicht in de concrete omstandigheden belangrijker is dan zijn plicht om het leven te beschermen. Euthanasie is aldus een medische handeling, zij het een uitzonderlijke.

Hulp bij zelfdoding, of delegatie van zelfdoding voor niet-terminale patiënten, a fortiori *voor patiënten die enkel psychisch lijden, is geen medische handeling : zij vindt niet plaats in een conflict van plichten in hoofde van de arts, maar is er alleen en exclusief op gericht het leven te beëindigen, zo de patiënt erom verzoekt. Dit is niet de taak van de arts. »* (Amendement nr 32, DOC 50 1488/005).

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) dient amendement nr 4 in, tot schrapping van paragraaf 3.

« VERANTWOORDING

Deze paragraaf voert een bijkomende procedurele voorwaarde in voor euthanasie van personen die niet in een stervensfase verkeren. De indieners van het amendement hebben immers een duidelijke bedoeling : het criterium « medische uitzichtloze situatie », zorgt er samen met het criterium « aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet kan worden gelenigd en die het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening », voor dat patiënten die lijden aan ongeneeslijke ziekten onder deze wet vallen, ook al bevinden ze zich niet in de zogenaamde terminale fase van de ziekte. Het criterium « ernst van de aandoening » is immers geen drempel; het verliest elke betekenis aangezien het voorstel de klemtoon legt op subjectieve beeld dat een persoon kan hebben van zijn toestand (het gevoel van nood volstaat). Welke ziekten of handicaps zullen als ernstig worden beschouwd en wie zal zich daarover uitspreken tenzij de patiënt zelf ? De omschrijving is van toepassing op personen die vanaf hun geboorte of ten gevolge van een ongeval aan een fysieke handicap lijden (bijvoorbeeld een motorische handicap aan de benen), op personen die aan een ernstige (?) maar niet-dodelijke ziekte lijden (mucoviscidose, diabetes, blindheid multiple sclerose, spierziekten, hartziekten, ziekte van Alzheimer, …) en zelfs geestelijk gehandicapten, voor zover zij niet handelingsonbekwaam zijn verklaard en hun verzoek aan de wettelijke voorwaarden voldoet (uitdrukkelijk, ondubbelzinnig, duurzaam, … verzoek), of personen die in een blijvende noodtoestand verkeren, bij voorbeeld chronisch

guérir, que, si aucun traitement médical curatif ou palliatif ne saurait plus aider le patient, il a le devoir d'acquiescer à la demande de celui-ci de faire en sorte qu'il puisse mourir dignement avec le concours de la médecine, pour autant qu'il estime, dans des circonstances concrètes, que ce devoir doit primer l'obligation qu'il a de protéger la vie. L'euthanasie est donc bel et bien un acte médical, fût-il exceptionnel.

L'assistance à — ou la délégation de — la mort volontaire de patients qui ne se trouvent pas en phase terminale et, a fortiori*, de patients qui ne souffrent que psychiquement, ne constitue pas un acte médical : elle ne s'inscrit pas dans le cadre d'un conflit de devoirs auquel serait confronté le médecin, mais elle n'est conçue que pour qu'on puisse mettre fin à la vie du patient au cas où celui-ci demanderait qu'on le fasse. Telle n'est pas la tâche du médecin. »* (Amendement n° 32, DOC 50 1488/005).

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) dépose un amendement tendant à supprimer le § 3.

« JUSTIFICATION

Ce paragraphe introduit une condition procédurale supplémentaire qui a trait à l'euthanasie des personnes qui ne sont pas en fin de vie. Les auteurs du présent amendement poursuivent en effet un objectif clair : le critère de la « situation médicale sans issue, » combiné au critère de la « souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable », fait relever les patients qui souffrent de maladies incurables du champ d'application de la présente loi, même s'ils ne se trouvent pas dans la phase dite « terminale » de leur maladie. En effet, le critère de la « gravité de l'affection » ne constitue pas un seuil; il perd toute signification dès lors que la proposition met l'accent sur la seule impression subjective qu'une personne peut avoir de sa situation (le sentiment de détresse est suffisant). Quels sont les maladies et les handicaps qui seront considérés comme graves, et qui va les considérer comme tels, si ce n'est le patient lui-même ? La définition retenue s'applique aux personnes qui, depuis leur naissance ou à la suite d'un accident, souffrent d'un handicap physique (par exemple, d'un handicap moteur aux jambes), aux personnes qui souffrent d'une maladie grave (?), mais non mortelle (mucoviscidose, diabète, cécité, sclérose en plaques, maladies musculaires, maladies cardiaques, maladie d'Alzheimer, …), mais aussi aux handicapés mentaux, pour autant qu'ils n'aient pas été déclarés incapables et que leur demande remplisse les conditions légales (demande explicite, dépourvue d'ambiguïté, réitérée), ou

depressieven, of mensen die permanent zelfmoordneigingen hebben en willen sterven.

Weliswaar is er voor het euthaniseren van personen die kennelijk niet op korte termijn zullen overlijden, voorzien in een procedure van verplichte consultatie van een tweede arts, namelijk een psychiater of een specialist in de betrokken pathologie en tevens een maand « wachttijd ». Maar dat lijkt ons geen voldoende waarborg. Spreken over een « medisch uitzichtloze toestand » heeft bovendien nog minder zin voor zieken die zich niet in een stervensfase bevinden dan voor zieken die wel in die toestand verkeren. Wie kan zeggen of een medische situatie werkelijk uitzichtloos is als de persoon in kwestie nog een goede levenskans heeft ?

Volgens ons is euthanasie op personen die niet in een stervensfase verkeren een heel ander probleem. In de buitenlandse medische literatuur is dat onderscheid al gemaakt. Het is volgens ons dus niet wenselijk om de euthanasie op patiënten die zich niet in de stervensfase bevonden in eenzelfde wet onder te brengen als patiënten die zich wel in de stervensfase bevinden. » (Amendement nr 4, DOC 50 1488/002).

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) vindt dat het wetsontwerp de euthanasie niet beperkt tot terminale patiënten, omdat het integraal is gebaseerd op het recht op zelfbeschikking in plaats van op het bestrijden van het ondraaglijk lijden. Die kijk op de zaken is duidelijk betwistbaar en zal door de meerderheid van de bevolking niet worden aanvaard. Zelfs degenen die voor euthanasie nog enig begrip zouden kunnen opbrengen, kunnen bij een dergelijk wetsontwerp niet anders dan kritiek te leveren.

De heer José Vande Walle (CD&V) dient amendement nr 92 in.

« In § 4, eerste lid, de woorden « Dit kan ten vroegste nadat de procedure in § 2 werd doorlopen. » invoegen tussen de woorden « op schrift zijn gesteld. » en de woorden « Het document ».

VERANTWOORDING

De tekst is onduidelijk over het document van de opschriftstelling van het verzoek. Ook de Raad van State merkt op dat, gezien het verzoek herhaald moet zijn, de indruk kan worden gewekt dat er meerdere schriftelijke verzoeken moeten worden opgesteld. Dit kan ons inziens niet de bedoeling zijn. Het verzoek moet herhaald zijn maar wettelijk moet het volstaan dat de optekening eenmaal schriftelijk gebeurt. Het moment waarop die

encore aux personnes qui sont dans un état de détresse permanent, par exemple aux dépressifs chroniques ou aux personnes qui ont des tendances suicidaires permanentes et souhaitent mourir.

Il est vrai qu'une procédure de consultation obligatoire d'un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée est prévue dans le cas de l'euthanasie de personnes dont le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, et qu'un délai d'un mois est également prévu. Nous estimons toutefois que cette garantie est insuffisante. Par ailleurs, parler d'une « situation médicale sans issue » a moins de sens encore en ce qui concerne les malades qui ne sont pas en fin de vie que pour les malades qui se trouvent dans cette situation. Peut-on affirmer qu'une situation médicale est effectivement sans issue lorsque l'espérance de vie de la personne concernée est encore bien réelle ?

Nous estimons que l'euthanasie de personnes ne se trouvant pas en fin de vie est un tout autre problème. La littérature médicale étrangère a toujours établi une distinction entre l'euthanasie de ces personnes et l'euthanasie de personnes en fin de vie. En conséquence, nous estimons qu'il n'est pas souhaitable de régler la question de l'euthanasie des premières dans la loi qui concerne les patients qui sont effectivement en fin de vie. » (Amendement n° 4, DOC 50 1488/002).

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) estime que c'est parce que le projet est tout entier basé sur le droit à l'autodétermination plutôt que sur la lutte contre des souffrances insupportables qu'il ne limite pas l'euthanasie aux personnes en phase terminale. Cette vision des choses est éminemment contestable, et ne sera pas acceptée par la majorité de la population. Même des personnes qui pourraient montrer une certaine compréhension vis-à-vis de l'euthanasie ne pourraient manquer de critiquer un tel projet.

M. José Vande Walle (CD&V) présente l'amendement suivant

« Au § 4, alinéa 1er, compléter la première phrase par les mots « , mais pas avant que la procédure prévue au § 2 soit arrivée à son terme ».

JUSTIFICATION

Le texte manque de précision en ce qui concerne le moment où la demande doit être actée par écrit. Le Conseil d'État fait, lui aussi, observer que du fait que la demande doit être réitérée, on peut avoir l'impression que plusieurs demandes écrites doivent être actées. Telle ne saurait, à notre avis, être le but poursuivi. La demande doit être répétée mais, légalement, il doit suffire qu'elle soit actée une seule fois par écrit. Le moment où la de-

opschriftstelling gebeurt, is niet zonder belang. Indien het verzoek reeds bij de eerste uiting ervan wordt opgetekend, kan dit mogelijkerwijs de volgende momenten van reflectie van de patiënt beïnvloeden. Daarom verdient het de voorkeur om te verduidelijken dat de schriftelijke verklaring dient te worden opgemaakt nadat de procedure beschreven in § 2 werd doorlopen. » (Amendement nr 92, DOC 50 1488/006).

Art. 4

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) en c.s. dienen amendement nr 19 in, dat het artikel beoogt te doen vervallen.

« VERANTWOORDING

De modaliteiten van het opstellen van een wilsbeschikking zoals in het ontwerp bedoeld, zijn van die aard dat op het moment van het opstellen van de wilsbeschikking de ziekte zich niet noodzakelijk reeds dient te stellen. Bovendien vermeldt het ontwerp dat de wilsverklaring op elk moment kan worden opgesteld.

De wilsverklaring, zoals bedoeld in artikel 4, zorgt er derhalve voor dat de vraag naar euthanasie de facto *een recht wordt. Dat is onmogelijk. Euthanasie kan geen recht zijn omdat in principe dan geen enkele dokter nog kan weigeren in te gaan op het verzoek. »* (DOC 50 1488/003).

De spreker verwerpt de ontworpen regeling voor euthanasie in haar geheel : de mogelijkheid van euthanasie mag maar het voorwerp van debat worden wanneer de palliatieve functie in alle ziekenhuizen voldoende uitgebouwd zal zijn, wat momenteel helemaal niet het geval is.

In subsidiaire orde bepleit hij de schrapping van artikel 4, dat de wilsverklaring als grondslag voor euthanasie invoert. Hij vreest dat mensen, uit angst voor potentieel lijden, een wilsverklaring op schrift zullen stellen zonder voldoende te weten hoe ze hun situatie zouden beoordelen op het ogenblik dat de euthanasievraag aan de orde is : wie een wilsverklaring opstelt, probeert zich mentaal te verplaatsen in een situatie waarin men zich onmogelijk kan verplaatsen. In geval van de honorering van een wilsverklaring wordt het verschil tussen leven en dood dus bepaald door een gebrekkige wilsuiting, wat grote risico's oplevert ten aanzien van de bescherming van het menselijk leven.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) vraagt zich af in welke gevallen men ervan uit kan gaan dat een persoon zijn wil niet meer kan uiten. Beantwoorden enkel comamande est actée par écrit n'est pas sans importance. Si la demande est actée dès qu'elle est formulée pour la première fois, cela peut influencer la réflexion ultérieure du patient. Il est dès lors préférable de préciser que la déclaration écrite doit être actée au terme de la procédure prévue au § 2. »* (Amendement n° 92, DOC 50 1488/006).

Art. 4

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) et consorts présentent l'amendement n° 19, visant à supprimer cet article.

« JUSTIFICATION

Telles qu'elles figurent dans le projet de loi à l'examen, les modalités relatives à la consignation d'une déclaration de volonté n'exigent pas qu'au moment de la rédaction de la déclaration, la maladie se soit déjà déclarée. En outre, le projet à l'examen prévoit que la déclaration peut être faite à tout moment.

Telle qu'elle est conçue à l'article 4, la déclaration de volonté fait donc en sorte que la demande d'euthanasie devient de facto un droit, ce qui est inadmissible. L'euthanasie ne peut en effet être un droit car, dans ce cas, aucun médecin ne pourrait refuser d'accéder à la demande. » (DOC 50 1488/003).

L'intervenant rejette le projet de législation relative à l'euthanasie dans son ensemble : la possibilité de pratiquer l'euthanasie ne pourra faire l'objet d'un débat que lorsque la fonction palliative sera suffisamment développée dans tous les centres hospitaliers, ce qui n'est actuellement pas du tout le cas.

En ordre subsidiaire, il préconise la suppression de l'article 4, qui vise à instaurer la déclaration anticipée comme fondement de l'euthanasie. Il redoute que des personnes, par crainte d'une souffrance potentielle, ne couchent sur papier une déclaration anticipée sans suffisamment savoir comment ils jugeraient leur état de santé au moment où le moment serait venu de demander l'euthanasie : celui qui rédige une déclaration anticipée essaie de se placer mentalement dans une situation dans laquelle il est impossible de se placer. Si la déclaration anticipée est honorée, la distinction entre la vie et la mort est donc déterminée par une manifestation viciée de la volonté de l'intéressé, ce qui présente un grand risque pour ce qui est de la protection de la vie humaine.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) se demande dans quels cas on peut considérer qu'une personne n'est plus capable d'exprimer sa volonté. Les patients dans le coma

teuze patiënten aan die hypothese of vallen daarentegen volgens de indieners van het ontwerp ook dementerende bejaarden onder het toepassingsgebied van artikel 4 ?

Mevrouw Mirella Minne (Agalev-Ecolo) antwoordt dat een persoon zijn wil niet meer kan uiten indien hij die wil niet meer in woorden kan uitdrukken.

Mevrouw Anne Barzin (MR) stelt dat de bepaling personen betreft die bewusteloos en aan het einde van hun leven zijn en die hun wil niet meer kunnen uiten.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) stelt dat de Franse tekst meer dan de Nederlandse duidelijk maakt dat het artikel handelt over een voorafgaande wilsverklaring, die iemand in volle bewustzijn vastlegt op een ogenblik dat zich nog geen ongeneeslijke ziekte manifesteert.

Vervolgens worden de andere voorwaarden vermeld die moeten vervuld zijn vooraleer de wilsverklaring kan resulteren in een levensbeëindigend handelen. Zo dient er te worden nagegaan of de patiënt op onomkeerbare wijze niet meer bij bewustzijn is. De eis van « niet meer bij bewustzijn zijn » is een medische voorwaarde, waarvan de vervulling door de arts moet worden beoordeeld en die de pendant is van de eis van een vrijwillig, overwogen en herhaald verzoek in het geval van een patiënt die wel nog bij bewustzijn is. Enkel een patiënt die zich in een onomkeerbare comatoestand bevindt, voldoet aan de voorwaarde van het « niet meer bij bewustzijn zijn ».

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) vraagt de heer Valkeniers of hij of anderen in zijn fractie, die bezwaren hebben tegen sommige aspecten van het ontwerp, amendementen zullen indienen of hun goedkeuring zullen hechten aan amendementen van de oppositie. Zou het kunnen dat kritische leden van de meerderheid van de respectieve partijhoofdkwartieren het dwingende advies hebben gekregen om de voorliggende tekst ongewijzigd aan te nemen ?

De heer Jef Valkeniers (VLD) betreurt dat in de Senaat onvoldoende naar consensus werd gestreefd. De onwil om tot een eerbaar vergelijk met respect voor de verschillende levensbeschouwelijke en filosofische stromingen te komen bestond niet alleen in hoofde van de meerderheid, maar ook in hoofde van de oppositie, die zich schuldig maakte aan de indiening van onverzettelijke amendementen.

De spreker stelt vast dat in de commissie voor de Volksgezondheid het bereiken van een kamerbrede meerderheid wel een doelstelling was. Enerzijds verzetten de oppositiefracties zich niet *mordicus* tegen elke toepassing van euthanasie : in het geval van terminale patiënten die op onlenigbare wijze pijn lijden is er quasi-unanimiteit. Anderzijds stemmen de meerderheidsfracties in met het feit dat demente en psychiatrische patiënten niet onder het toepassingsgebied van het ontsont-ils les seuls à ne plus avoir cette capacité ou, en revanche, les personnes âgées atteintes de démence entrent-elles également, selon les auteurs du projet de loi à l'examen, dans le champ d'application de l'article 4 ?

Mme Mirella Minne (Agalev-Ecolo) répond qu'une personne n'est plus capable de manifester sa volonté lorsqu'elle ne peut plus l'exprimer en paroles.

Mme Anne Barzin (MR) fait observer que la disposition concerne les personnes qui sont inconscientes au terme de leur vie et qui ne sont plus en mesure d'exprimer leur volonté.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) souligne qu'il ressort plus clairement du texte français que du texte néerlandais que l'article a trait à une déclaration anticipée, qu'une personne consigne, alors qu'elle est tout à fait consciente, à un moment où elle n'est pas encore atteinte d'une maladie incurable.

Dans la suite de la disposition sont mentionnées les autres conditions qui doivent être remplies pour que la déclaration anticipée puisse aboutir à un acte euthanasique. C'est ainsi qu'il faut vérifier si l'état d'inconscience du patient est irréversible. La condition d'inconscience est une condition médicale; il appartient au médecin de vérifier si elle est remplie et elle constitue le pendant de la condition fixée pour un patient qui est encore conscient, à savoir que sa demande doit être formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée. Seul le patient qui se trouve dans un état de coma irréversible satisfait à la condition d'inconscience.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) demande à M. Valkeniers si lui-même ou d'autres membres de son groupe qui ont des objections à l'encontre de certains aspects du projet présenteront des amendements ou approuveront des amendements présentés par l'opposition. Se pourrait-il que des membres de la majorité qui ont fait preuve d'esprit critique aient été sommés par les autorités de leurs partis respectifs d'adopter le texte à l'examen sans qu'aucune modification n'y soit apportée ?

M. Jef Valkeniers (VLD) déplore que le Sénat ne se soit pas efforcé davantage d'arriver à un consensus. La volonté d'arriver à un compromis honorable, respectueux des différents courants philosophiques, faisait défaut non seulement dans le chef de la majorité, mais aussi dans celui de l'opposition, qui a présenté des amendements inadmissibles.

L'intervenant constate que l'un des objectifs poursuivis en commission de la Santé publique était bel et bien de rassembler une large majorité. D'une part, les groupes de l'opposition ne sont pas farouchement opposés à l'euthanasie : le cas des patients en phase terminale dont les souffrances ne peuvent être apaisées fait presque l'unanimité. D'autre part, les groupes de la majorité reconnaissent que les patients atteints de démence ou de troubles psychiatriques ne relèvent pas du champ

werp vallen. Het te publiceren verslag van het parlementaire debat zal de wil van de wetgever op dit punt voldoende duidelijk maken voor wie hierover nog twijfels mocht hebben. Overigens is dementie niet in alle gevallen onomkeerbaar.

Minder belangrijk is het feit dat in het ontwerp geen palliatieve filter wordt ingevoerd : de praktijk wijst immers uit dat palliatieve zorgverlening steeds wordt verleend vooraleer desgevallend een beslissing over de toepassing van euthanasie wordt genomen.

Voor de uitsluiting van niet-terminale patiënten bestaat geen parlementaire meerderheid en dus is het niet zinvol om een amendement in te dienen dat het toepassingsgebied van de wet in die zin wil beperken. De spreker gelooft dat de voorliggende tekst én de juiste interpretatie ervan, zoals die uit het verslag zal blijken, het maximaal haalbare resultaat reflecteren.

Een formele aanpassing van de tekst op enkele punten zou impliceren dat de Senaat en misschien daarna opnieuw de Kamer zich opnieuw over het ontwerp moeten buigen, waardoor veel tijd verloren zou gaan. Het is niet onredelijk dat de meerderheidsfracties op een bepaald ogenblik vinden dat het debat lang genoeg geduurd heeft en dat er knopen dienen te worden doorgehakt.

De spreker wijst er ten slotte op dat andere vormen van levensbeëindiging veel talrijker zijn dan euthanasie; zo valt levensbeëindiging van een patiënt die zich in een onomkeerbare coma bevindt niet onder euthanaserend handelen. De ervaring als arts leert hem bovendien dat de euthanasievraag niet lichtzinnig wordt gesteld : het gaat wel degelijk om mensen die onnoemelijk lijden en er enkel nog naar verlangen om te sterven.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) bevestigt dat er een unaniem advies van de commissie voor de Volksgezondheid is om demente personen uit te sluiten. Nochtans stelt hij vast dat er verdeeldheid heerst binnen de meerderheidsfracties, in het bijzonder binnen de VLD-fractie. Dit blijkt uit het feit dat de leden van de commissie voor de Justitie consequent alle aanbevelingen van hun collega's in de commissie voor de Volksgezondheid verwerpen. Hij vreest dat de soms constructieve besprekingen in de commissie voor de Volksgezondheid niet meer dan een zoethoudertje voor de bezorgde oppositie waren.

De heer Yvan Mayeur (PS) stelt dat in geval van dementie of louter psychisch lijden euthanasie niet toelaatbaar is. Dit ook expliciet in de wettekst schrijven is onnodig.

Indien de leden van de meerderheid in het debat blijk zouden geven van voldoende openheid van geest, moet

d'application de la loi en projet. Ceux qui auraient encore des doutes à ce sujet pourront se reporter au rapport relatif aux travaux parlementaires, qui sera publié et dans lequel la volonté du législateur sera exposée d'une manière suffisamment claire à cet égard. On relèvera par ailleurs que la démence n'est pas toujours irréversible.

Il importe moins que le projet ne prévoie aucun filtre palliatif. La pratique démontre en effet que les soins palliatifs sont toujours dispensés avant que l'on ne décide de pratiquer l'euthanasie.

L'interdiction de pratiquer l'euthanasie sur des patients qui ne sont pas en phase terminale n'est pas soutenue par une majorité parlementaire. En conséquence, il est inutile de présenter un amendement qui tendrait à limiter le champ d'application de la loi dans ce sens. L'intervenant estime que le texte à l'examen, s'il est justement interprété, c'est-à-dire de la manière exposée dans le rapport, matérialise les objectifs réalistes les plus ambitieux.

Modifier le texte sur certains points, quant à sa forme, aurait pour conséquence que le Sénat — et peut-être aussi la Chambre à un stade ultérieur — devrait à nouveau se prononcer sur le projet à l'examen, ce qui ferait perdre beaucoup de temps. Il n'est pas déraisonnable que les groupes de la majorité estiment, à un moment donné, que le débat a duré assez longtemps, et que certaines questions doivent être tranchées.

L'intervenant souligne enfin que d'autres formes d'interruption de vie se rencontrent bien plus fréquemment que l'euthanasie; ainsi, l'interruption de la vie d'un patient qui se trouve dans un coma irréversible n'est pas considérée comme un acte d'euthanasie. Fort de son expérience en tant que médecin, il sait en outre que la demande d'euthanasie n'est pas formulée à la légère : il s'agit bel et bien de personnes qui souffrent atrocement et qui n'aspirent plus qu'à mourir.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) confirme que la commission de la Santé publique estime à l'unanimité qu'il convient d'exclure les personnes démentes. Il constate néanmoins des divergence de vues au sein des groupes de la majorité, en particulier au sein du groupe VLD, ainsi qu'il ressort du fait que les membres de la commission de la Justice rejettent systématiquement toutes les recommandations de leurs collègues de la commission de la Santé publique. Il craint que les discussions parfois constructives qui se sont déroulées au sein de la commission de la Santé publique n'aient eu pour autre but que d'apaiser les inquiétudes de l'opposition.

M. Yvan Mayeur (PS) estime qu'en cas de démence ou de souffrance purement psychique, l'euthanasie n'est pas admissible. Il est inutile de le préciser expressément dans la loi.

Si les membres de la majorité font preuve de suffisamment d'ouverture d'esprit au cours des débats,

het volgens *de heer Luc Goutry (CD&V)* mogelijk zijn om de schemerzone die het ontwerp laat bestaan weg te werken en om de onvolkomenheden van de tekst te remediëren. Er moet niet tot elke prijs een regeling tot stand komen; het Parlement keurt beter geen tekst dan een slechte tekst goed.

Zijn de leden van de meerderheid die zich geschaard hebben achter de adviezen van de commissie voor de Volksgezondheid ertoe bereid hun overtuiging te volgen en dus amendering op het ontwerp te aanvaarden ? Hebben zij oor voor de tegenkanting van de meerderheid van de artsen ? Hij vreest dat de voorliggende tekst tot een ontspoorde toepassing kan leiden, zoals dat ook gebeurd is met de abortuswet : abortus op verzoek zonder enige daadwerkelijk gecontroleerde objectieve voorwaarde is een feit geworden en het Parlement doet niet eens de moeite om het periodieke evaluatierapport te bespreken.

De spreker bevestigt de consensus in de commissie voor de Volksgezondheid over de niet-toepasselijkheid van het ontwerp voor demente en psychiatrische patiënten. Nochtans stelt hij in interviews met leden van de meerderheid vast dat ten gronde levensbeëindiging van zwaar demente personen aanvaardbaar wordt geacht, ook al wordt dit (nog) niet expliciet gezegd. Om alle twijfel, nu en in de toekomst, weg te nemen pleit hij ervoor dat — in overeenstemming met het advies — die uitsluiting in het ontwerp wordt opgenomen door duidelijk te poneren dat « niet meer bij bewustzijn zijn » enkel kan slaan op onomkeerbare comapatiënten; voor zijn fractie is dat een echt breekpunt.

De aangehaalde onduidelijkheid zou vermeden zijn indien gevolg was gegeven aan de benadering van de CD&V-senaatsfractie, die de voorkeur gaf aan een omvattende regeling voor alle medische beslissingen bij het levenseinde (MBL's) en zich dus niet wou beperken tot een regeling voor de euthanasieproblematiek. Een beslissing over de instandhouding van menselijk leven dat door een onomkeerbare comatoestand vegetatief is geworden vraagt namelijk om een MBL die van een andere aard is dan euthanasie; het voorliggende ontwerp reikt geen oplossing voor dit type van problemen aan.

De groep van personen die in stervenssituaties gevat wordt door het ontwerp vormt eerder de uitzondering dan de regel. Weinig mensen die de dood nabij zijn, hebben een onaangetast bewustzijn; eveneens zijn weinigen bekwaam tot de opstelling van een vormelijk geldige wilsverklaring waarin de te verwachten toekomstige wil goed kan worden weergegeven. Uit de door de Nederlandse SCEN-artsen (SCEN = Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) aangehaalde voorbeelden blijkt afdoende dat nagenoeg geen patiënt over een ideaaltypische vrije wil beschikt : de stervenssituatie gaat zeer vaak gepaard met waangedachten en psychiatrische stoornissen.

M. Luc Goutry (CD&V) estime qu'il devrait être possible d'éliminer la zone d'ombre que le projet laisse subsister et de remédier aux imperfections du texte. Il ne faut pas légiférer à tout prix; il est préférable que le Parlement n'adopte aucun texte, plutôt que de voter un mauvais texte.

Les membres de la majorité qui se sont ralliés à l'avis de la commission de la Santé publique sont-ils prêts à aller jusqu'au bout de leur conviction et donc à accepter des amendements au projet ? Sont-ils disposés à entendre la contestation de la majorité des médecins ? Il craint que l'application du texte à l'examen ne donne lieu à des dérapages, comme cela s'est produit avec la loi sur l'avortement : l'avortement sur demande, sans qu'aucune condition objective ne soit réellement contrôlée, est devenu une réalité et le Parlement ne prend même pas la peine d'examiner le rapport d'évaluation périodique.

L'intervenant confirme le consensus qui s'est dégagé au sein de la commission de la Santé publique à propos de la non-applicabilité du projet aux patients atteints de démence ou de troubles psychiatriques. Il constate toutefois, lorsqu'il s'entretient avec des membres de la majorité, que l'euthanasie des patients déments gravement atteints est jugée admissible, même si ces mots ne sont pas (encore) prononcés. Pour lever toute ambiguïté, présente et à venir, il plaide pour que, conformément à l'avis, cette interdiction soit inscrite dans le projet et ce, en indiquant clairement que le mot « inconscient » ne peut se rapporter qu'aux patients plongés dans un coma irréversible. Pour son groupe, il s'agit d'un point capital.

On aurait évité l'imprécision précitée s'il avait été donné suite à l'analyse du groupe CD&V du Sénat, qui préférait que l'on prévoie une réglementation globale régissant les décisions médicales concernant la fin de vie, et qui, dès lors, ne souhaitait pas se limiter à la problématique de l'euthanasie. En effet, la décision médicale de maintenir en vie végétative une personne plongée dans un coma irréversible, est d'une autre nature que celle de l'euthanasie. Or, le projet à l'examen ne règle aucunement ce type de problèmes.

Le groupe de personnes en fin de vie concernées par le projet constitue plutôt une exception à la règle. Peu de personnes proches de la mort ont une volonté intacte; peu nombreuses sont aussi les personnes aptes à rédiger une déclaration de volonté valable au niveau de la forme et établissant clairement leurs volontés futures. Les exemples cités par les médecins néerlandais du SCEN (*Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*) indiquent que la volonté du patient ne correspond presque jamais à l'idéal envisagé : très souvent, la fin de vie s'accompagne de moments d'égarement et de troubles psychiatriques.

Een ander problematisch element uit het ontwerp is de aanvaarding van louter psychisch lijden als grond voor euthanasie. Dit gaat zelfs verder dan de Nederlandse praktijk, waar in de regel euthanasie enkel wordt toegepast als — naast het psychische lijden — ook een somatische complicatie wordt aangetroffen. Is het de werkelijke bedoeling van de auteurs van het ontwerp dat zelfs deze minimale voorwaarde niet moet vervuld zijn ?

Hoe wordt de in het tweede lid vermelde vertrouwenspersoon gedefinieerd ? Gaat het om dezelfde figuur als de vertrouwenspersoon in het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt (DOC 50 1642/001) en in het wetsvoorstel tot wijziging van de wetgeving betreffende de bescherming van de goederen van personen die wegens hun lichaams- of geestestoestand geheel of gedeeltelijk onbekwaam zijn die te beheren (DOC 50 0107/001) ? In een zorgvuldige legistieke benadering dient de vertrouwenspersoon in de drie wetteksten dezelfde persoon te zijn. Als die weg van de begripsuniformiteit wordt gevolgd, zou de figuur van de vertrouwenspersoon — om verwarring te vermijden — het best niet worden omschreven in het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt. *In concreto* stelt zich onder meer de vraag of de vertrouwenspersoon van het euthanasieontwerp ook de bevoegdheid heeft om — in overeenstemming met de aan te nemen wet betreffende de rechten van de patiënt — de patiënt op de hoogte te brengen van zijn medische toestand indien hij daarom verzoekt.

De spreker stelt vast dat de vertrouwenspersoon in het euthanasieontwerp twee maal een belangrijke opdracht vervult : hij is medeondertekenaar van de wilsverklaring indien de patiënt ze zelf niet meer kan opstellen (artikel 4, § 1, vierde lid) en hij brengt de behandelende arts op de hoogte van de wil van de patiënt (artikel 4, § 1, tweede lid).

Verschillende vragen dringen zich verder op met betrekking tot artikel 4 :

— Hoe komt de arts te weten dat er een wilsverklaring bestaat ?

— Indien de arts niet op de hoogte is van het bestaan van een wilsverklaring, hoe kan hij dan weten wie de erin aangewezen vertrouwenspersoon is ?

— Wat is het statuut van een wilsverklaring die niet in overeenstemming met de vormvereisten werd opgesteld, bijvoorbeeld doordat geen getuigen bij de opstelling van de verklaring aanwezig waren ? Verliest de wilsverklaring daardoor elke betekenis of kan ze wel nog aanleiding geven tot de toepassing van euthanasie ?

— Hoe kunnen de arts, het parket of de rechter van de zetel nagaan of de vormvereisten werden nageleefd ? De aanwezigheid van een notaris is bij de opstelling niet vereist, zodat die controle geen evidentie is.

Un autre élément problématique du projet de loi à l'examen est l'acceptation d'une souffrance purement psychique comme fondement de l'euthanasie. Cette acceptation va même plus loin que le système appliqué aux Pays-Bas, où l'euthanasie n'est, en théorie, pratiquée que lorsqu'une souffrance psychique s'accompagne de complications somatiques. Les auteurs du projet de loi veulent-ils vraiment que même cette condition minimale ne doive pas être remplie ?

Comment la personne de confiance visée à l'alinéa 2 est-elle définie ? S'agit-il de la même personne que la personne de confiance prévue dans le projet de loi relatif aux droits du patient (DOC 50 1642/001) et dans la proposition de loi modifiant la législation relative à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental (DOC 50 0107/001) ? La cohérence légistique exige que cette personne de confiance soit la même dans les trois textes de loi. Si on opte pour cette uniformité du concept, la notion de personne de confiance ne devrait pas être définie dans le projet de loi relatif aux droits du patient, et ce, afin d'éviter toute confusion. Concrètement, la question est notamment de savoir si la personne de confiance visée dans le projet de loi relatif à l'euthanasie est également compétente, conformément à la future loi relative aux droits du patient, pour informer le patient sur son état de santé si celui-ci en fait la demande.

L'intervenant constate que la personne de confiance visée dans le projet de loi relatif à l'euthanasie joue, à deux reprises, un rôle important : elle est cosignataire de la déclaration anticipée, si le patient n'est personnellement plus en état de la rédiger (article 4, § 1er, alinéa 4) et elle met au courant le médecin traitant de la volonté du patient (article 4, § 1er, alinéa 2).

L'article 4 soulève encore plusieurs questions :

— Comment le médecin peut-il savoir que son patient a fait une déclaration anticipée ?

— S'il n'est pas au courant de l'existence d'une déclaration anticipée, comment le médecin peut-il alors savoir qui est la personne de confiance qui est désignée dans ladite déclaration ?

— Qu'en est-il de la déclaration anticipée qui n'a pas été faite selon les conditions de formes requises, par exemple parce qu'elle n'a pas été dressée en présence de témoins ? La déclaration anticipée est-elle nulle et non avenue ou peut-elle encore donner lieu à l'application de l'euthanasie ?

— Comment le médecin, le parquet ou le juge du siège peut-il vérifier si les conditions de forme ont été respectées ? La présence d'un notaire n'est pas requise lors de l'établissement de la déclaration, de sorte que ce contrôle pose problème.

— Het laatste lid van § 1 kent de Koning de bevoegdheid toe om te bepalen hoe de wilsverklaring wordt opgesteld, geregistreerd, herbevestigd en ingetrokken en hoe de verklaring via de diensten van het rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld. Betekent dit dat registratie van de wilsverklaring noodzakelijk is om ze geldigheid te verlenen of kan om het even wie, met name de vertrouwenspersoon, ze aandragen ? Uit het advies van de Raad van State blijkt dat de registratie wellicht niet verplicht is : de registratie « lijkt » facultatief te zijn. De voorwaardelijkheid van de bewoordingen in het advies wijst op de onduidelijkheid van de tekst van het ontwerp.

— Hoe kan de onafhankelijkheid van de arts ten opzichte van de patiënt worden gecontroleerd ?

— Een wilsverklaring opstellen is enkel mogelijk voor wie in staat is om te schrijven of een vertrouwenspersoon vindt. Maakt dit geen discriminatie ten opzichte van sommige patiënten uit ?

— Wie niet in staat is om zelf een wilsverklaring op te stellen, moet een beroep doen op iemand die de verklaring opstelt, twee getuigen en (in voorkomend geval) de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen; de verklaring moet worden gedateerd en door alle genoemde personen ondertekend. Is de vervulling van die voorwaarden haalbaar voor een persoon die zo kwetsbaar is dat hij niet meer kan schrijven ? Kan één van de getuigen tegelijkertijd vertrouwenspersoon zijn ? Waarom wordt aanvaard dat één van beide getuigen een materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt ? Zal kunnen worden nagegaan of de getuigen daadwerkelijk aanwezig waren bij de opstelling van de wilsverklaring ?

— Wat betekent de vermelding in het laatste lid van § 2 dat de wilsverklaring regelmatig wordt opgetekend in het medisch dossier van de patiënt ? Gaat het om de originele wilsverklaring, over een kopie ervan of over een loutere vermelding van de arts dat hij de verklaring heeft gezien ?

De heer Jacques Germeaux (VLD) is verrast over de toon van het debat, dat minder sereen verloopt dan in de commissie voor de Volksgezondheid. De juristen van de commissie voor de Justitie zouden beter het woord voeren over de louter juridische aspecten van het ontwerp; het is weinig zinvol dat de leden van de commissie voor de Volksgezondheid hun debat nog eens overdoen.

De spreker vindt dat het ontwerp een werkzaam kader moet creëren. Het is niet nodig dat alle mogelijke vragen over de toepassing van de tekst door het Parlement worden beantwoord. De aanneming van een euthanasiewet is in elk geval een belangrijke stap in de goede richting omdat door de afwezigheid van regelgeving tot nog toe ontoelaatbare praktijken plaatsvinden zonder enige controlemogelijkheid voor om het even

— Le dernier alinéa du § 1er habilite le Roi à déterminer les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés via les services du Registre national. Cela signifie-t-il que la déclaration anticipée doit être enregistrée pour être valable ou peut-elle être conservée par n'importe qui, par exemple la personne de confiance ? Il ressort de l'avis du Conseil d'État que l'enregistrement n'est sans doute pas obligatoire : l'enregistrement semble être facultatif. Le mode conditionnel utilisé dans l'avis témoigne de l'imprécision du texte du projet.

— Comment l'indépendance du médecin à l'égard du patient peut-elle être contrôlée ?

— Seule la personne qui est en état d'écrire ou qui connaît une personne de confiance peut faire une déclaration anticipée. Certains patients ne sont-ils dès lors pas discriminés?

— La personne qui n'est pas en état d'écrire elle-même la déclaration anticipée doit faire appel à une autre personne pour écrire la déclaration, à deux témoins et (le cas échéant) à une ou plusieurs personnes de confiance; la déclaration doit être datée et signée par toutes les personnes citées. Une personne qui est si vulnérable qu'elle n'est plus en état d'écrire peut-elle encore remplir ces conditions ? Un des témoins peut-il aussi être désigné comme personne de confiance? Pourquoi accepte-t-on que l'un des deux témoins puisse avoir un intérêt matériel au décès du déclarant ? Pourra-t-on vérifier si les témoins étaient vraiment présents lors de l'établissement de la déclaration anticipée ?

— Il est prévu au dernier alinéa du § 2 que la déclaration anticipée est consignée régulièrement dans le dossier médical du patient. S'agit-il de l'original ou d'une copie de la déclaration anticipée ou d'une simple note du médecin disant qu'il a vu la déclaration ?

M. Jacques Germeaux (VLD) est surpris par le ton du débat, qui se déroule de manière moins sereine qu'au sein de la commission de la Santé publique. Les juristes de la commission de la Justice feraient mieux de s'exprimer à propos des aspects purement juridiques du projet; il serait absurde que les membres de la commission de la Santé publique recommencent leur débat.

L'intervenant estime que le projet doit créer un cadre opérationnel. Il n'est pas nécessaire que le Parlement réponde à toutes les éventuelles questions concernant l'application du texte. L'adoption d'une loi sur l'euthanasie constitue en tout cas un pas important dans la bonne direction, car l'absence de réglementation a donné lieu à des pratiques inadmissibles, sans aucune possibilité de contrôle par une quelconque instance. Il importe donc

welke instantie. Het is dus belangrijk dat de wet er snel komt; bovendien kan hij zich akkoord verklaren met de belangrijkste opties van de tekst.

De heer Luc Goutry en mevrouw Joke Schauvliege (beiden CD&V) stellen dat wel degelijk zuiver juridische bezwaren tegen het ontwerp aan de orde worden gesteld, wat in mindere mate het geval was bij het debat in de commissie voor de Volksgezondheid.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) sluit zich hierbij aan. Hij wijst er op dat de meerderheidsfracties geweigerd hebben om de besprekingen te laten plaatsvinden in een vergadering van de verenigde commissies, wellicht omdat werd gevreesd dat het quorum niet zou worden gehaald.

In tegenstelling tot wat sommigen suggereren, zijn de voorwaarden voor de toepassing van euthanasie ingevolge een wilsverklaring volgens *mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok)* niet volledig gelijk aan de voorwaarden voor levensbeëindigend handelen in het geval van een bewuste patiënt : waar bij een bewuste patiënt aanhoudend en ondraaglijk lijden één van de voorwaarden voor de toepassing van euthanasie is, wordt die voorwaarde niet opgelegd indien de euthanasie ten uitvoer wordt gelegd op grond van een wilsverklaring.

Dit belangrijke verschil, dat tot op heden blijkbaar door niemand werd opgemerkt, leidt ertoe dat het toepassingsgebied van euthanasie ingevolge een wilsverklaring zeer ruim wordt. Het valt niet uit te sluiten dat dit feit aanleiding kan geven tot levensbeëindiging om gezondheidseconomische redenen voor wie zich, uit angst voor eventueel lijden, ooit heeft laten verleiden tot de opstelling van een wilsverklaring.

De spreekster wijst ook op het feit dat geen causaal verband wordt geëist tussen twee van de drie voorwaarden, met name het voorhanden zijn van een ongeneeslijke aandoening en de comateuze toestand van de patiënt. Daardoor kan bijvoorbeeld een blinde die in een comateuze toestand terechtkomt, evenwel zonder dat die toestand wordt veroorzaakt door een ongeneeslijke aandoening, onder het toepassingsgebied van artikel 4 van de wet vallen. Wellicht was dat niet de bedoeling van de wetgever; dit is slechts één van de punten die wijzen op de slordige redactie van het ontwerp.

De heer Jacques Germeaux (VLD) repliceert dat de drie voorwaarden voor de tenuitvoerlegging van euthanasie op grond van een wilsverklaring afdoende zijn. Hoe zou de oplegging van de voorwaarde van ondraaglijk lijden bij een patiënt die niet meer bij bewustzijn is tot een andere beslissing over de toepassing van euthanasie kunnen leiden ?

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vindt dat enkel de patiënt zelf kan oordelen of hij op ondraaglijke wijze pijn lijdt. Aangezien een comateuze patiënt zich niet meer over zijn lijden kan uitspreken, zou de aanneming van de bijkomende voorwaarde van onque la loi soit votée rapidement; pour le reste, il approuve les principales options du texte.

M. Luc Goutry et Mme Joke Schauvliege (tous deux CD&V) déclarent que ce sont bel et bien des objections d'ordre purement juridique qui ont été formulées à l'encontre du projet, ce qui a été moins le cas lors du débat en commission de la Santé publique.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) fait sienne cette observation. Il fait observer que les partis de la majorité ont refusé que les discussions aient lieu au cours d'une réunion des commissions réunies, sans doute par crainte que le quorum ne soit pas atteint.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) estime que, contrairement à ce que d'aucuns suggèrent, les conditions d'application de l'euthanasie à un patient qui a fait une déclaration anticipée ne sont pas entièrement identiques aux conditions d'application de l'euthanasie à un patient conscient : alors que, dans le cas d'un patient conscient, une souffrance constante et insupportable constitue l'une des conditions d'application de l'euthanasie, cette condition n'est pas requise lorsque l'euthanasie est pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée.

Cette distinction importante, que personne n'avait visiblement soulignée jusqu'à présent, étend nettement le champ d'application de l'euthanasie pratiquée à la suite d'une déclaration anticipée. Il n'est dès lors pas à exclure qu'il soit mis fin, pour des raisons d'économie dans le domaine des soins de santé, à la vie d'un patient qui, craignant d'éventuelles souffrances, avait jadis rédigé une déclaration anticipée.

L'intervenante souligne aussi qu'aucun lien de causalité n'est requis entre deux des trois conditions, à savoir l'affection incurable et l'état comateux dans lequel se trouve le patient. Ainsi, un aveugle qui entre dans le coma sans que cet état ne résulte pour autant d'une affection incurable entre dans le champ d'application de l'article 4 de la loi. Telle n'était vraisemblablement pas l'intention du législateur. Cette extension non souhaitée du champ d'application souligne simplement à quel point la rédaction du projet manque de rigueur.

M. Jacques Germeaux (VLD) répond que les trois conditions à respecter pour pratiquer une euthanasie à la suite d'une déclaration anticipée sont suffisantes. Comment le fait d'exiger qu'il y ait souffrance insupportable dans le chef d'un patient qui n'est plus conscient pourrait-il modifier la décision concernant le recours à l'euthanasie ?

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) estime que seul le patient est à même de juger s'il éprouve une souffrance insupportable. Un patient comateux étant dans l'impossibilité d'exprimer sa souffrance, il serait impossible de satisfaire à la demande d'euthanasie qu'il

draaglijk lijden de toepassing van euthanasie op grond van een wilsverklaring onmogelijk maken.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) repliceert dat dergelijke louter subjectieve benadering van lijden enkel tot de conclusie kan leiden dat ondraaglijk en aanhoudend lijden ook niet kan worden opgelegd aan een bewuste patiënt die om euthanasie vraagt. Wat kan immers de betekenis van die voorwaarde nog zijn als niemand anders dan de betrokkene mag beoordelen of ze vervuld is ?

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) is van mening dat het van essentieel belang is een euthanasieverbod voor handelingsonbekwame personen in te stellen. Het is immers absoluut noodzakelijk dat men klaar en duidelijk, in alle vrijheid, zijn wil te kennen kan geven om een zo ingrijpende handeling te laten plaatsvinden. De persoon in kwestie moet dus in staat zijn om zijn wil te kennen te geven op het ogenblik zelf waarop hij de bij wet vastgelegde voorwaarden vervult en om euthanasie verzoekt.

In dat perspectief, en aangezien het voor een mens onmogelijk is om vooraf te voorspellen in welke situatie hij op het einde van zijn leven zal terechtkomen, ware het wenselijk dat de tekst niet zou toestaan dat iemand zich door middel van een wilsverklaring, ermee akkoord zou verklaren dat hij wordt geëuthanaseerd.

Bijgevolg dient de spreekster, samen met de heren Tony Van Parys (CD&V), Luc Goutry (CD&V) en José Vande Walle (CD&V), amendement nr 33 in dat het artikel beoogt te doen vervallen.

VERANTWOORDING

Euthanasie kent als grondvoorwaarde de vrije wil van de betrokkene. De wettelijke erkenning van de wilsverklaring met het verzoek tot actieve levensbeëindiging is onaanvaardbaar. Het algemeen verbod op levensbeëindiging bij mensen die hun wil niet kunnen uitdrukken is een grondvoorwaarde om de rechten van de zwaksten in onze samenleving te beschermen. De vrije wil van de betrokkene staat, op het moment dat hij de wilsverklaring opstelt, geenszins voldoende vast met betrekking tot de concrete ziektesituatie. Zelfs als de wilsverklaring ooit een volkomen juiste en duidelijke weergave zou kunnen zijn geweest van de bewuste en goedgeïnformeerde keuze van een patiënt, dan was dit een keuze die gemaakt is in een bepaalde tijd, met de medische en sociale mogelijkheden en onmogelijkheden van die tijd.

Evenmin kan worden toegelaten dat een mandataris in deze situatie de vrije wil in de plaats van de patiënt zou vertolken. Een voorafgaande wilsverklaring kan nooit een concrete noodtoestand vooraf omschrijven; nooit is

a formulée dans sa déclaration anticipée si l'on imposait cette condition supplémentaire de souffrance insupportable.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) réplique que si l'on considère la souffrance sous cet angle purement subjectif, on ne peut que conclure qu'une souffrance insupportable et constante ne peut pas non plus être imposée à un patient conscient qui souhaite être euthanasié. À quoi sert cette condition si l'intéressé est la seule personne qui peut juger si elle est remplie ?

Mme Joke Schauvliege (CD&V) estime qu'il est essentiel que l'euthanasie soit prohibée pour les personnes incapables d'exprimer leur volonté. L'expression d'une volonté libre et éclairée est en effet indispensable pour qu'un acte aussi grave puisse être pratiqué. La personne doit donc être en état d'exprimer sa volonté au moment même où elle réunit les conditions prévues par la loi et qu'elle demande l'euthanasie.

Dans cette perspective, et puisqu'il est impossible pour une personne de prévoir à l'avance la situation dans laquelle elle sera en fin de vie, il serait souhaitable que le texte ne permette pas qu'une personne puisse, par déclaration anticipée, marquer son accord pour que l'euthanasie soit pratiquée sur elle.

L'intervenant dépose par conséquent, avec MM. Tony Van Parys (CD&V), Luc Goutry (CD&V) et José Vande Walle (CD&V), un amendement visant à supprimer cet article.

JUSTIFICATION

Il faut, pour que l'on puisse pratiquer l'euthanasie, que l'intéressé dispose de son libre arbitre. La reconnaissance légale de la déclaration de volonté avec demande d'euthanasie active est inadmissible. L'interdiction générale de mettre fin à la vie des personnes qui ne sont pas en mesure d'exprimer leur volonté est une condition essentielle à la sauvegarde des droits des plus faibles dans notre société. Il n'est pas établi d'une manière suffisante, au moment où le patient rédige sa déclaration de volonté, qu'il dispose de son libre arbitre par rapport aux circonstances concrètes de sa maladie. S'il est possible que la déclaration de volonté ait été un jour le reflet parfaitement clair et exact du choix délibéré et fondé sur une bonne information du patient, il n'en reste pas moins que ce choix a été fait à une époque déterminée et compte tenu de tout ce qui était possible et impossible à cette époque sur les plans médical et social.

On ne peut pas admettre non plus qu'en pareille situation, un mandataire se fasse l'interprète de la volonté du patient. Une déclaration de volonté faite avant qu'une situation de détresse concrète ne survienne ne peut ja-

men zeker dat de vrije wil zoals uitgedrukt in de wilsverklaring nog gelijk is aan de wil van de patiënt op het ogenblik dat hij deze wil niet meer kan uitdrukken.

Dit wordt bevestigd door het Raadgevend Comité voor bio-ethiek in zijn advies met betrekking tot de wenselijkheid van een regeling met betrekking tot het levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen. Het comité stelde onder meer dat het « Het algemene verbod op levensbeëindiging bij wilsonbekwamen een conditio sine qua non *is om de rechten van de zwaksten in onze samenleving te vrijwaren én dus eigenlijk ook om de democratische waarden van onze samenleving te beschermen. Niemand kan radicaal beschikken over een andere persoon, zelfs indien hij dit in een wilsbekwame toestand heeft gevraagd. »* (DOC 50 1488/005).

Mevrouw Van de Casteele en de heer Borginon dienen een als volgt luidend amendement nr 5 in :

« In § 1, eerste lid, een vierde streepje toevoegen, luidende :

« dat de patiënt niet zwanger is van een levensvatbaar kind. ».

VERANTWOORDING

Indien de patiënt zwanger is van een levensvatbaar kind moet eerst alles in het werk gesteld worden om het kind te laten geboren worden.

Wanneer een vrouw om euthanasie vraagt en zwanger is van een levensvatbaar kind, mag zij haar leven niet laten beëindigen door euthanasie vooraleer het kind geboren is. Dit artikel laat het leven van het ongeboren, maar reeds levensvatbaar, kind primeren op het euthanasieverzoek.

Het euthanasieverzoek wordt met andere woorden opgeschort teneinde alles in het werk te stellen om het kind te laten geboren worden. » (Amendement nr 5, DOC 50 1488/002).

De heer Joseph Arens (PSC) dient de amendementen nrs 53 tot 59 in, luidend als volgt :

« In § 1, eerste lid, de woorden « of ontvoogde minderjarige » weglaten.

VERANTWOORDING

Zie de verantwoording van amendement nr 44. » (Amendement nr 53, DOC 50 1488/006).

mais décrire celle-ci; on n'est jamais sûr que l'intention qu'une personne a exprimée dans une déclaration de volonté corresponde encore à ce qu'elle voudra au moment où elle ne sera plus en mesure d'exprimer sa volonté.

Cette thèse est confirmée dans l'avis du Comité consultatif de bioéthique sur l'opportunité d'une réglementation en matière d'interruption active de la vie des personnes qui sont incapables d'exprimer leur volonté. Ce Comité a notamment souligné que « L'interdit général portant sur l'arrêt actif de la vie des personnes incapables est en effet une condition sine qua non *de garantie du respect des droits des plus faibles dans notre société, et donc aussi, en fin de compte, de garantie de protection des valeurs démocratiques fondamentales. Nul ne peut disposer d'une manière absolue d'une autre personne, même si cette dernière en a exprimé le souhait alors qu'elle était en mesure d'exprimer sa volonté. »* (Amendement n° 33, DOC 50 1488/005).

Mme Van de Casteele et M. Borginon déposent l'amendement n° 5 :

« Au § 1er, ajouter un quatrième tiret, rédigé comme suit :

« le patient n'est pas une femme enceinte d'un enfant viable. ».

JUSTIFICATION

Si le patient est une femme enceinte d'un enfant viable, il faut d'abord mettre tout en oeuvre pour permettre à l'enfant de naître.

Si une femme enceinte d'un enfant viable demande l'euthanasie, elle ne peut pas faire mettre fin à ses jours par euthanasie tant que l'enfant n'est pas né. Cet article fait primer la vie de l'enfant non né, mais déjà viable, sur la demande d'euthanasie.

En d'autres termes, la demande d'euthanasie est suspendue afin de mettre tout en oeuvre pour permettre à l'enfant de naître. » (Amendement nr 5, DOC 50 1488/002).

M. Joseph Arens (PSC) présente les amendements suivants :

« Au § 1er , alinéa 1er, supprimer les mots « ou mineur émancipé ».

JUSTIFICATION

Voir amendement n° 44. » (Amendement n° 53, DOC 50 1488/006).

Amendement nr 54 :

§ 1, tweede lid, de woorden « de wil » vervangen door de woorden « het bestaan van de wilsverklaring ».

VERANTWOORDING

Het aanvankelijk gebruikte woord « gemandateerde » werd tijdens de bespreking in commissie vervangen door het woord « vertrouwenspersoon » om aan te geven dat het niet gaat om een persoon die zou kunnen handelen in naam van degene die de verklaring aflegt. In aansluiting op die uitlegging moet men niet doen denken dat de vertrouwenspersoon de wil van degene die de verklaring aflegt, interpreteert als die wil niet duidelijk zou zijn. Dit amendement is ingegeven door de Raad van State (DOC 2-244/21, blz. 18). » (Amendement nr 54, DOC 50 1488/006).

Amendement nr 55 :

« In § 1, tweede lid, de woorden « en de leden van het verplegend team » vervangen door de woorden « , de leden van het verplegend team en de in het volgende lid bedoelde getuigen ».

VERANTWOORDING

Los van het feit dat men vragen kan hebben over het nut van de getuige, is het van belang dat de vertrouwenspersoon die met de arts de wilsverklaring van de patiënt moet bespreken, niet de getuige is van de opstelling van die verklaring. Wat is zoniet het nut van de getuige ten aanzien van de vertrouwenspersoon ? » (Amendement nr 55, DOC 50 1488/006).

Amendement nr 56 :

« In § 1, derde lid, de woorden « Zij moet schriftelijk worden opgemaakt » vervangen door de woorden « Degene die de wilsverklaring aflegt, moet ze zelf opstellen ».

VERANTWOORDING

Het is belangrijk dat degene die de wilsverklaring aflegt, ze zelf opstelt. Het is een garantie voor de bescherming van de declarant. » (Amendement nr 56, DOC 50 1488/006).

Amendement nr 57 :

« In § 1, derde lid, de woorden « , van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt » vervangen door de woorden « die geen enkel belang mogen hebben bij het overlijden van de patiënt ».

Amendement n° 54 :

« Au § 1er, alinéa 2, remplacer le mot « volonté » par les mots « de l'existence de la déclaration ».

JUSTIFICATION

Le mot initial de « mandataire » a été remplacé au cours des discussions en commission par le mot « personne de confiance » pour indiquer qu'il ne s'agit pas d'une personne qui pourrait accomplir des actes au nom du déclarant. Dans la ligne de cette interprétation, il ne faut pas laisser à penser que la personne de confiance interprète la volonté du déclarant au cas où celle-ci ne serait pas claire. Cet amendement est suggéré par le Conseil d'État (Doc. 2-244/21, p. 18). » (Amendement n° 54, DOC 50 1488/006).

Amendement no 55 :

« À l'alinéa 2 du § 1er proposé, entre les mots « et les membres de l'équipe soignante » et les mots « ne peuvent » insérer les mots « ainsi que les témoins visés à l'alinéa suivant ».

JUSTIFICATION

Indépendamment du fait que l'on peut questionner l'utilité du témoin, il importe que la personne de confiance chargée de discuter avec le médecin de la déclaration anticipée du patient ne soit pas le témoin de la rédaction de l'acte. À défaut, quelle est l'utilité du témoin par rapport à la personne de confiance ? » (Amendement n° 55, DOC 50 1488/006).

Amendement no 56 :

« Au § 1er, alinéa 3, proposé, remplacer les mots « Elle doit être constatée par écrit, dressée » par les mots « La déclaration doit être rédigée par le déclarant lui-même et dressée ».

JUSTIFICATION

Il importe que la déclaration soit rédigée par le déclarant lui-même. C'est une garantie de protection du déclarant. » (Amendement n° 56, DOC 50 1488/006).

Amendement no 57 :

« Au § 1er, alinéa 3, remplacer les mots « dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant » par les mots « qui ne pourront avoir aucun intérêt au décès du déclarant ».

VERANTWOORDING

Het mogelijke belang bij het overlijden van de patiënt is niet noodzakelijk « materieel ». Uit de hoorzittingen is gebleken dat de meeste euthanasieverzoeken uitgaan van de naaste verwanten van de patiënt. Die verzoeken zijn echter niet in hoofdzaak ingegeven door louter materiële bekommernissen. Vaak zijn die verwanten uitgeput en lijden ze bij het zien van de langzame verslechtering van de toestand van hun familielid. Soms spelen complexe psychische gegevens een rol. Dit amendement beoogt rekening te houden met al die aspecten en de volledige onafhankelijkheid van de getuigen te waarborgen. » (Amendement nr 57, DOC 50 1488/006).

Amendement nr 58 :

« In § 1, zesde lid, de woorden « minder dan vijf jaar » vervangen door de woorden « minder dan één jaar ».

VERANTWOORDING

Dankzij de verlaging van vijf tot één jaar kan beter rekening worden gehouden met de evolutieve dimensie van zowel de lichamelijke als de geestelijke toestand van de declarant als met de intermenselijke betrekkingen (vertrouwenspersoon), ook al blijft de doeltreffendheid van een dergelijke bepaling in absolute termen zeer twijfelachtig als men te maken heeft met een gezonde declarant die als gevolg van een ongeval buiten bewustzijn raakt. » (Amendement nr 58, DOC 50 1488/006).

Amendement nr 59 :

« In § 2, eerste lid, het tweede en het derde streepje vervangen door de volgende bepaling :

« — hij niet meer bij bewustzijn is en die toestand volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar is en uitsluitend te wijten is aan een toestand van hersendood ».

VERANTWOORDING

Het oorspronkelijke artikel was veel duidelijker omdat het bepaalde dat het de toestand van bewusteloosheid van de patiënt is die onomkeerbaar moet zijn. Zoals het geredigeerd is, kan aan het eerste lid een tweevoudige uitlegging worden gegeven : ofwel is de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening onomkeerbaar, aangezien de bewusteloosheid (vooral na een ongeval) slechts tijdelijk kan zijn, ofwel is de bewusteloosheid onomkeerbaar. De Raad van State stelt voor de derde voorwaarde (onomkeerbare toestand) in verband te brengen met de tweede voorwaarde (bewusteloosheid) (Stuk Senaat, 2-244/21, blz. 18).

JUSTIFICATION

L'intérêt que l'on peut avoir au décès du patient n'est pas nécessairement « matériel ». Les auditions ont révélé que la majorité des demandes d'euthanasie émanent des proches du patient. Ce ne sont toutefois pas essentiellement des préoccupations bassement matérielles qui les poussent à formuler ces demandes. Souvent les proches sont exténués, souffrent d'être témoins de la lente dégradation de leur proche. Parfois des éléments psychologiques complexes entrent en ligne de compte. Le présent amendement vise à prendre tous ces aspects en considération et à garantir la parfaite indépendance des témoins. » (Amendement n° 57, DOC 50 1488/006).

Amendement no 58 :

« À l'alinéa 6 du § 1er, proposé, remplacer les mots « moins de cinq ans » par les mots « moins d'un an ».

JUSTIFICATION

La réduction de cinq ans à un an permet de mieux intégrer la dimension évolutive tant de l'état physique ou mental du déclarant que des relations humaines (personne de confiance), même si l'efficacité d'une telle disposition reste dans l'absolu très douteuse lorsqu'il s'agit d'un déclarant en bonne santé qui sombre dans l'inconscience à la suite d'un accident. » (Amendement n° 58, DOC 50 1488/006).

Amendement no 59 :

« Au § 2, alinéa 1er, proposé, remplacer le deuxième et troisième tiret comme suit :

« — qu'il est inconscient de manière irréversible selon l'état actuel de la science, et que cette inconscience est strictement liée à un état de coma dépassé ».

JUSTIFICATION

L'article initial était beaucoup plus clair en énonçant que c'est l'inconscience du patient qui doit être irréversible. Tel qu'il est rédigé, cet alinéa premier est susceptible d'une double interprétation : soit c'est l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable qui est irréversible, l'inconscience pouvant, surtout dans le cas d'un accident, n'être, en définitive, que temporaire, soit c'est l'inconscience qui est irréversible. Le Conseil d'État suggère de mettre en rapport la troisième condition (situation irréversible) avec la deuxième condition (l'inconscience) (Doc. Sénat, 2-244/21, p. 18).

Alle artsen bij wie wij te rade zijn gegaan, hebben ons bevestigd dat, met uitzondering van de toestand van hersendood, het absoluut onmogelijk is om met zekerheid te zeggen of de bewusteloosheid van de patiënt onomkeerbaar is. Ze zijn allen getuige geweest van spectaculaire wijzigingen van de situatie. Met het oog op de bescherming van de patiënt zou euthanasie volgens mij slechts mogen worden overwogen als de arts met zekerheid kan zeggen dat de bewusteloosheid onomkeerbaar is, dat wil zeggen als de patiënt in een toestand van hersendood verkeert. » (Amendement nr 59, DOC 50 1488/006).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) kreeg graag enige nadere precisering rond de voorwaarde met betrekking tot de in artikel 3, § 1, bedoelde onomkeerbaarheid van de toestand van de patiënt. Hoe valt te beoordelen of iemands toestand onomkeerbaar is ? Gesteld dat iemand in een coma ligt, gelden dan bepaalde criteria om te bepalen of iemand nooit uit die toestand zal geraken ?

Wat moet voorts de toestand van de opsteller van de wilsverklaring zijn op het ogenblik waarop hij zijn verklaring aflegt? De tekst bepaalt dat hij « handelingsbekwaam » moet zijn, maar wat moet daar precies onder worden verstaan ? Hoe moet men met zo'n verklaring omgaan zo ze werd afgelegd door iemand die dementiegelieerde crisissen doormaakt, of door iemand die psychologisch dan wel psychiatrisch wordt begeleid en die voormelde documenten in een vlaag van moedeloosheid heeft ondertekend ? En wat staat te gebeuren zo die verklaring werd ondertekend door iemand die nauwelijks in staat is de inhoud ervan te begrijpen, door iemand die onder invloed van de drank of van verdovende middelen was of nog, door iemand die door zijn familiale omgeving onder druk werd gezet ?

Mevrouw Jacqueline Herzet (MR) wijst erop dat de tekst bepaalt dat de wilsverklaring ten overstaan van een aantal getuigen moet worden afgelegd en dat een van hun functies er precies in bestaat de toestand van de steller van de verklaring na te gaan.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) antwoordt dat de getuigen zelf — omdat zij daar bijvoorbeeld materieel belang bij hebben — het initiatief tot het opstellen van de wilsverklaring genomen kunnen hebben.

Niets is voorts bepaald voor het geval waarin mensen uit de omgeving van de patiënt protest aantekenen en zich tegen de wilsverklaring wensen te verzetten omdat zij bijvoorbeeld van oordeel zijn dat het een valse verklaring betreft.

Ook andere situaties doen problemen rijzen, zoals die waarin een gehuwde op het ogenblik waarop hij de wilsverklaring aflegt, achteraf uit de echt scheidt, maar zijn echtgenote wel als vertrouwenspersoon zou hebben aangewezen. Hoe kan men er in soortgelijke gevallen zeker van zijn dat de wilsverklaring inhoudelijk wel degelijk overeenstemt met de werkelijke wil van iemand

Tous les médecins que nous avons consultés nous ont affirmé qu'en dehors de la situation dite de coma dépassé, il est absolument impossible de dire avec certitude si l'inconscience d'un patient est irréversible. Ils ont tous assisté à des retournements de situations spectaculaires. Dans un souci de protection du patient, il me semble que ce n'est que lorsque le médecin peut dire avec certitude que l'inconscience est irréversible, soit lorsque le patient est dans un coma dépassé, que l'euthanasie pourrait éventuellement être prise en considération. » (Amendement n° 59, DOC 50 1488/006).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) demande des précisions quant à la condition d'irréversibilité de la situation du patient, prévue au paragraphe 1er de l'article 3. Comment juger si la situation d'une personne est irréversible ? Si elle est par exemple dans le coma, existe-t-il des critères pour pouvoir déterminer qu'elle ne sortira jamais de cette situation ?

Concernant l'auteur de la déclaration anticipée, quel doit être par ailleurs son état de santé lorsqu'il émet sa déclaration ? Il est prévu qu'il doit être « capable » mais que faut-il exactement entendre par là ? Quel sort faut-il réserver à la déclaration si elle a été effectuée par une personne sujette à des crises de démence, ou par une personne suivie psychologiquement ou psychiatriquement et qui a signé les documents dans un moment de découragement ? Et que doit-il advenir si elle a été signée par une personne peu à même de la comprendre, par un individu sous l'emprise de la boisson ou de stupéfiants ou encore par une personne sous influence de son milieu familial ?

Mme Jacqueline Herzet (MR) rappelle que le texte prévoit que des témoins assistent à la déclaration anticipée, et que l'une de leurs fonctions est précisément de vérifier l'état de l'auteur de la déclaration.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) répond que les témoins peuvent avoir pris eux-mêmes l'initiative de la déclaration anticipée, par exemple en raison d'un intérêt matériel.

Rien n'est par ailleurs prévu en cas de protestation des membres de l'entourage du patient si ceux-ci désirent s'opposer à la déclaration de volonté anticipée, par exemple parce qu'ils considèrent qu'elle est fausse.

D'autres situations sont problématiques, comme celle dans laquelle un déclarant marié au moment de la déclaration mais divorcé depuis aurait désigné son épouse comme personne de confiance. Comment avoir dans ces cas-là l'assurance que le contenu de la déclaration de volonté correspond bien à la volonté réelle de la personne devenue incapable de s'exprimer ? Il serait

die onbekwaam is geworden om zich te uiten ? Het ware zonder enige twijfel nuttig te voorzien in een procedure die het mogelijk maakt zich te verzetten tegen de tenuitvoerlegging van de wilsverklaring zo die blijkens een aantal elementen niet met de echte wil van de betrokkene overeenstemt.

Samen met haar collega's Tony Van Parys en José Vande Walle dient mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) in bijkomende orde twee amendementen (nrs 102 en 100) in, die erop gericht zijn een aantal constructieve voorstellen aan te reiken zo de leden van de commissie voor de Justitie mochten weigeren om artikel 4 te schrappen :

« De volgende wijzigingen aanbrengen :

A) In het opschrift van hoofdstuk III tussen het woord « de » en het woord « wilsverklaring » het woord « voorafgaande » invoegen.

B) In artikel 4 het woord « wilsverklaring » telkens vervangen door de woorden « voorafgaande wilsverklaring ».

VERANTWOORDING

Hoofdstuk III handelt over het verzoek dat vooraf wordt uitgedrukt en op papier wordt gezet. Het gaat dus over de voorafgaande wilsverklaring, niet over de wilsverklaring of het verzoek tout court. *»* (Amendement nr 102, DOC 50 1488/007).

Amendement nr 100 luidt als volgt :

« In § 1, de volgende wijzigingen aanbrengen :

a) Het eerste lid vervangen als volgt :

« § 1. Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat euthanasie wordt toegepast door een arts, ingeval hij zijn wil niet meer zou kunnen uiten. ».

b) In het derde lid de woorden « van wie er minstens één geen materieel belang heeft », vervangen door de woorden « die niet met de patiënt verwant zijn en geen rechtstreeks of onrechtstreeks belang bij het overlijden van de patiënt hebben of kunnen hebben » en de woorden « , uit vrije wil en niet als gevolg van enige externe druk », invoegen tussen de woorden « Zij moet schriftelijk » en de woorden « worden opgesteld ».

c) In het vierde lid, de woorden « die geen enkel materieel belang heeft » vervangen door de woorden « die geen enkel rechtstreeks of onrechtstreeks belang heeft of kan hebben ».

d) In het zesde lid, de woorden « vijf jaar » vervangen door de woorden « één jaar ».

e) Het zevende lid vervangen als volgt :

« De wilsverklaring kan op elk ogenblik en zonder enige formaliteit worden ingetrokken. De intrekking van

sans nul doute utile que l'on prévoie une procédure qui permettrait de s'opposer à la mise en œuvre de la déclaration préalable de volonté s'il y a des éléments qui permettent de croire que celle-ci ne correspond pas à la volonté réelle de la personne concernée.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) présente, avec ses collègues Tony Van Parys et José Vande Walle, deux amendements subsidiaires destinés à avancer des propositions constructives en cas de refus des membres de la commission de la Justice de supprimer l'article 4. Ces amendements se lisent comme suit :

« Apporter les modifications suivantes :

A) Dans le texte néerlandais de l'intitulé du chapitre III, entre le mot « de *» et le mot «* wilsverklaring *», insérer le mot «* voorafgaande *».*

B) Dans le texte néerlandais de l'article 4, remplacer chaque fois le mot « wilsverklaring *» par les mots «* voorafgaande wilsverklaring *» et dans le texte français de l'article 4, remplacer, au besoin, le mot « déclaration » par les mots « déclaration anticipée ».*

JUSTIFICATION

Le chapitre III traite de la demande qui a été préalablement exprimée et couchée sur papier, et non pas de la déclaration ou de la demande tout court. » (Amendement n° 102, DOC 50 1488/007).

L'amendement n° 100 est libellé comme suit :

« Au § 1er, apporter les modifications suivantes :

a) Remplacer l'alinéa 1er par la disposition suivante :

« § 1er. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut faire connaître, dans une déclaration, sa volontéqu'un médecin pratique une euthanasie, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté. ».

b) À l'alinéa 3, remplacer les mots « dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel » par les mots « qui ne sont pas apparentés au patient et qui n'ont pas ou qui ne peuvent pas avoir d'intérêt direct ou indirect au décès du patient » et insérer les mots « être faite de plein gré et non à la suite d'une pression extérieure, » entre les mots « Elle doit être constatée par écrit, » et le mot « dressée ».

c) À l'alinéa 4, remplacer les mots « qui ne peut avoir aucun intérêt matériel » par les mots « qui ne peut avoir aucun intérêt direct ou indirect ».

d) À l'alinéa 6, remplacer les mots « de cinq ans » par les mots « d'un an ».

e) Remplacer l'alinéa sept par la disposition suivante :

« La déclaration peut être retirée à tout moment et sans aucune formalité. Le retrait de la déclaration est

de wilsverklaring is bindend voor de arts ongeacht de wijze waarop hij hiervan kennis heeft gekregen. ».

f) Het laatste lid hiervan vervangen als volgt :

« De Koning bepaalt de nadere regels inzake de opstelling, de aanpassing en de intrekking van de wilsverklaring. Hij voorziet tevens in de mogelijkheid van registratie via het rijksregister. ».

VERANTWOORDING

a) De Raad van State bepaalde in zijn advies dat in § 1 de voorwaarden moeten worden weggelaten. Het komt niet de persoon toe die een wilsverklaring formuleert om te preciseren onder welke voorwaarden de arts aan wie de wilsverklaring wordt overhandigd, euthanasie zou kunnen uitvoeren. Deze voorwaarden worden immers bij de wet bepaald. De (toekomstige) patiënt kan er niet van afwijken.

b) Er moet voorzien worden in een maximale onafhankelijkheid van de getuigen ten aanzien van wie de patiënt zijn wilsverklaring opstelt. De schriftelijke verklaring van de patiënt met betrekking tot bepaalde voorkeuren of bezwaren moet zijn gebaseerd op de vrije wil van deze patiënt. Hij mag hierbij niet onder druk worden gezet.

c) De uitsluiting van een mogelijk materieel voordeel volstaat niet om mogelijke druk uit te sluiten op diegene die de wilsverklaring wenst af te leggen.

Ook immateriële of onrechtstreekse voordelen dienen te worden uitgesloten (bijvoorbeeld « zorgmoeheid » bij de familie).

d) De vooropgestelde termijn van vijf jaar is arbitrair en te lang. In een termijn van vijf jaar kan de visie van de patiënt grondig zijn veranderd. Evenzeer is het mogelijk dat de medische situatie en de therapeutische mogelijkheden op het ogenblik van het opstellen van de wilsverklaring grondig gewijzigd zijn.

Met de wilsverklaring kan derhalve enkel rekening worden gehouden indien die minder dan een jaar voor het moment waarop de patiënt zijn wil niet meer kan uiten, werd opgesteld of (her)bevestigd.

e) De intrekking van de wilsverklaring kan niet aan voorwaarden of formaliteiten verbonden zijn.

f) De Raad van State merkt terecht op dat een te ruime machtiging is toebedeeld aan de Koning om de opstelling, de registratie, de herbevestiging, de intrekking en bekendmaking van de wilsverklaring te bepalen. De Raad merkt terecht op dat de huidige tekst de indruk wekt dat de wilsverklaring moet worden geregistreerd en dat de artsen enkel via de diensten van het rijksregister op de hoogte kunnen zijn van het bestaan van een wilsverklaring. » (DOC 50 1488/007).

contraignant pour le médecin quelle que soit la manière dont il en a été informé. ».

f) Remplacer le dernier alinéa par la disposition suivante :

« Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à l'adaptation et au retrait de la déclaration. Il prévoit également une possibilité d'enregistrement par l'entremise des services du registre national. ».

JUSTIFICATION

a) Le Conseil d'État a indiqué, dans son avis, que les conditions énoncées au § 1er devraient être omises. Il n'appartient pas à la personne qui formule une déclaration anticipée de préciser dans quelles conditions le médecin à qui elle serait remise, pourrait pratiquer une euthanasie. Ces conditions sont en effet fixées par la loi. Le (futur) patient ne peut pas y déroger.

b) Il faut veiller à l'indépendance maximale des témoins en présence desquels le patient fait sa déclaration. La déclaration écrite du patient relative à des préférences ou à des objections doit être basée sur le libre arbitre de celui-ci. Il ne peut pas être mis sous pression en l'espèce.

c) L'exclusion d'un éventuel avantage matériel n'est pas suffisante pour exclure que s'exercent des pressions sur celui qui souhaite faire la déclaration.

Il convient également d'exclure les avantages autres que matériels ou indirects (par exemple la « lassitude » de la famille).

d) La durée de la période présupposée de cinq ans est arbitraire et trop longue. Sur une période de cinq ans, le point de vue du patient peut avoir complètement changé, il est également possible que la situation médicale et les possibilités thérapeutiques aient complètement changé par rapport à la situation au moment où la déclaration a été faite.

On ne peut, par conséquent, tenir compte de la déclaration que si celle-ci a été faite ou (re)confirmée moins d'un an avant le moment où le patient est dans l'impossibilité de manifester sa volonté.

e) Le retrait de la déclaration ne doit pas être soumis à des conditions ou à des formalités.

f) Le Conseil d'État souligne, à juste titre, qu'il est donné une habilitation très large au Roi pour déterminer les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration. Le Conseil d'État souligne également, à juste titre, que le texte actuel laisse entendre que la déclaration doit être enregistrée et que les médecins ne peuvent être informés de l'existence d'une déclaration que par l'intermédiaire des services du registre national. » (Amendement n° 100, DOC 50 1488/007).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) stelt volgende vragen :

— is het voor de diensten van het Rijksregister technisch mogelijk om dit soort gegevens te verwerken ?

— bij welke diensten kunnen dergelijke verklaringen worden binnengeleverd ?

— zullen daar formulieren voor noodzakelijk zijn ? Zijn er vormvereisten ?

— mag dit in een gesloten omslag die pas wordt geopend op vraag van de betrokkene of zijn familie ?

— op welke wijze en via welke instantie kunnen er wijzigingen worden aangebracht ?

— wordt er gecontroleerd of er getuigen zijn en wat de hoedanigheid van de getuigen is ?

— op welke wijze wordt de geheimhouding verzekerd ?

— waar, hoe en door wie kan de informatie worden geraadpleegd ? Op welke wijze heeft de betrokkene zelf toegang ? Hoe kunnen de artsen toegang krijgen ? Hoe kunnen ze worden ingelicht of er een dergelijke verklaring is of niet ?

— wat indien een later docuemt wordt opgemaakt dat niet werd geregistreerd ?

— welk document heeft dan voorrang ?

Wat de vragen 1 en 2 betreft, antwoordt *de minister* dat er op passende wijze gerefereerd kan worden naar het stelsel dat werd ingevoerd krachtens de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen.

Daarin is gesteld dat de betrokkene zijn verzet tegen het wegnemen van organen moet uitdrukken bij de diensten van zijn gemeentebestuur.

De gemeenten bezorgen de gegevens daarna aan het Rijksregister dat de gegevens door middel van een magneetband doorstuurt naar het centrum voor informatieverwerking van het ministerie van Volksgezondheid (koninklijk besluit van 30 oktober 1986 houdende verplichting voor de gemeentebesturen de gegevens vermeld in artikel 10, § 3, a) en § 4, 3°, van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen, te verstrekken aan het ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin).

De mededeling van de wilsverklaringen door de gemeenten aan het Rijksregister geschiedt op grond van artikel 6 van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een rijksregister van de natuurlijke personen waarin is bepaald dat « de Koning de gemeenten kan verplichten de gegevens die Hij bepaalt aan het Rijksregister te verstrekken. De aldus verstrekte gegevens worden niet in het Rijksregister bewaard ».

Wat de vormvereisten betreft, zou bij koninklijk besluit in formulieren moeten worden voorzien, zoals het geval was in het koninklijk besluit tot regeling van de

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) pose les questions suivantes :

— les services du Registre national sont-ils en mesure de traiter ce type de données ?

— auprès de quel service ce type de déclarations peuvent-elles être introduites ?

— faudra-t-il utiliser des formulaires spéciaux ? Y aura-t-il des conditions de forme ?

— la déclaration pourra-t-elle se trouver dans une enveloppe fermée à n'ouvrir qu'à la demande de l'intéressé ou de sa famille ?

— de quelle manière et par le biais de quelle instance la déclaration pourra-t-elle être modifiée ?

— vérifiera-t-on s'il y a des témoins et quelle est leur qualité ?

— de quelle manière le secret reste-t-il garanti ?

— où, quand et par qui l'information pourra-t-elle être consultée ? De quelle manière l'intéressé lui-même y aura-t-il accès ? Comment les médecins y auront-ils accès ? Comment ceux-ci pourront-ils être informés de l'existence éventuelle d'une telle déclaration ?

— que se passera-t-il si un autre document est établi ultérieurement sans être enregistré ?

— quel sera le document qui primera ?

En ce qui concerne les questions 1 et 2, *le ministre* répond que l'on peut parfaitement se référer au système qui a été instauré en vertu de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes.

Cette loi prévoit que l'intéressé doit exprimer son opposition au prélèvement d'organes auprès des services de son administration communale.

Les communes communiquent ensuite les données au Registre national, qui les transmet au moyen d'une bande magnétique au centre de traitement des informations du ministère de la Santé publique (arrêté royal du 30 octobre 1986 imposant aux administrations communales la communication au ministère de la Santé publique et de la Famille, des informations mentionnées à l'article 10, § 3, a) et § 4, 3°, de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes, par l'intermédiaire des services du Registre national des personnes physiques).

La communication des déclarations de volonté par les communes au Registre national est effectuée sur la base de l'article 6 de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, qui prévoit que « le Roi peut imposer aux communes la transmission de ces informations par l'intermédiaire du Registre national. Les informations ainsi transmises ne sont pas conservées au Registre national ».

En ce qui concerne les conditions de forme, un arrêté royal devrait définir des formulaires, à l'instar de l'arrêté royal organisant le mode d'expression de la volonté du

wijze waarop de donor of de personen bedoeld in artikel 10 van voornoemde wet van 13 juni 1986 hun wil te kennen geven.

De wijziging van de wilsverklaring zou op dezelfde wijze moeten geschieden; zij kan te allen tijde worden gedaan zolang betrokkene leeft en in staat is om zijn wil te doen kennen. Indien betrokkene niet langer in staat is zijn wil te doen kennen, kan een schriftelijk stuk gelden als bewijs van de herroeping. Op dat schriftelijk stuk moeten de naam en de leeftijd van de persoon, alsmede de dagtekening en de handtekening van betrokkene voorkomen.

De ambtenaar van de burgerlijke stand die de verklaring registreert moet de naam en de hoedanigheid van de getuigen controleren en vermelden.

Overeenkomstig artikel 458 van het Strafwetboek moeten de geneesheren het beroepsgeheim in acht nemen. Zulks geldt ook voor de ambtenaren van de burgerlijke stand.

Betrokkene heeft steeds toegang tot zijn gegevens op grond van artikel 9 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

Voornoemd artikel 9 verleent ook toegang aan de burgerlijk aansprakelijke persoon of aan de voogd. Bovendien overhandigt het gemeentebestuur een transcript van de verklaring aan de betrokken persoon.

Met betrekking tot de artsen zou kunnen worden bepaald dat zij toegang hebben tot de gegevensbank, zoals trouwens het geval is voor de verklaringen waarin verzet wordt uitgedrukt tegen het wegnemen van organen.

Wat de voorrang betreft, antwoordt de minister dat de laatste wil uitgedrukt door de betrokken persoon hoe dan ook de overhand krijgt boven een eerdere verklaring, zelfs als van die laatste wil niet krachtens de voorgeschreven procedure akte is genomen. Het feit dat de wilsverklaring wordt geregistreerd bij de gemeente strekt er enkel toe de artsen te informeren op het tijdstip dat de betrokken persoon niet langer in staat is uiting te geven aan zijn wil.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vraagt ook hoe de ambtenaar van de burgerlijke stand de wilsverklaringen concreet moet registreren en de identiteit van de getuigen moet vermelden. Moet hij die wilsverklaringen opnemen in een gegevensbestand ? Zo ja, moet hij daarin alle gegevens van de wilsverklaring opnemen of alleen het bestaan van die laatste ? Moeten de getuigen zich bij hem aanmelden ? Hoe zal de ambtenaar de hoedanigheid van de getuigen kunnen controleren ? Hoe zal hij kunnen nagaan dat niet ten minste een van de getuigen een materieel belang heeft bij het overlijden van degene die de verklaring aflegt ? Met andere woorden, wat is precies de rol van de ambtenaar van de burgerlijke stand, rekening houdend met het feit dat de wilsdonneur ou des personnes visées à l'article 10, § 2, de la loi précitée du 13 juin 1986.

La modification de la déclaration devrait pouvoir intervenir de la même manière; elle peut être modifiée à tout moment tant que l'intéressé est en vie et en état d'exprimer sa volonté. Si l'intéressé n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté, un document écrit peut servir de preuve de la révocation. Ce document écrit doit porter le nom et l'âge de la personne ainsi que la date et la signature de l'intéressé.

L'officier de l'état civil qui enregistre la déclaration doit contrôler et mentionner le nom et la qualité des témoins.

Conformément à l'article 458 du Code pénal, les médecins sont tenus au respect du secret professionnel. Il en est de même pour les officiers de l'état civil.

L'intéressé a toujours accès à ses données sur la base de l'article 9 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

L'article 9 précité accorde aussi cet accès à la personne civilement responsable ou au tuteur. En outre, l'administration communale délivre une copie de la déclaration à la personne concernée.

S'agissant des médecins, on pourrait prévoir qu'ils aient accès à la banque de données, comme c'est d'ailleurs le cas pour les déclarations dans lesquelles est exprimé un refus du prélèvement d'organes.

En ce qui concerne la primauté, le ministre répond que la dernière volonté exprimée prime quoi qu'il en soit une déclaration antérieure, même s'il n'a pas été pris acte de cette dernière volonté en vertu de la procédure prescrite. L'enregistrement de la déclaration anticipée à la commune vise uniquement à informer les médecins au moment où la personne concernée n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) demande comment le fonctionnaire de l'état civil doit concrètement enregistrer les déclarations de volonté qui lui sont présentées et mentionner l'identité des témoins. Doit-il intégrer cette déclaration dans une base de données informatique ? Et si oui, doit-il reprendre toutes les données de la déclaration de volonté dans la base de données ou simplement signaler que cette déclaration existe ? Les témoins doivent-ils par ailleurs se présenter devant lui ? Et comment le fonctionnaire pourra-t-il effectuer un contrôle sur la qualité des témoins ? Comment pourra-t-il s'assurer que l'un des témoins au moins n'a pas d'intérêt matériel au décès du déclarant ? Jusqu'où s'étend, en d'autres termes, le rôle du fonctionnaire de

verklaring inzake euthanasie veel complexer is dan die inzake orgaandonatie ?

De vertegenwoordiger van de minister antwoordt dat de wetgeving inzake orgaandonatie, die bepaalt dat de ambtenaar van de burgerlijke stand zich moet vergewissen van de identiteit van de getuige, model zou kunnen staan. Die werkwijze heeft tot nu toe voldoening geschonken.

De heer Fred Erdman (SP.A) voegt eraan toe dat in de wet wordt bepaald dat die aangelegenheden bij koninklijk besluit moeten worden geregeld.

De heer Joseph Arens (PSC) kondigt aan dat hij het door hem ingediende amendement nr 60 intrekt.

Hij dient de twee volgende amendementen nrs 61 en 62 in :

« In § 2, tweede lid, het 4° vervangen door de volgende tekst :

« 4° de inhoud van de wilsverklaring van de patiënt bespreken met diens naasten, behalve wanneer de patiënt zich hiertegen heeft verzet in zijn verklaring; ».

VERANTWOORDING

De vertrouwenspersoon vertegenwoordigt de patiënt niet. Het is niet zijn taak de naasten aan te stellen die de arts moet raadplegen.

Er mag niet worden geraakt aan het principe dat de arts de inhoud van de wilsverklaring met de naasten van de patiënt bespreekt, behalve als de patiënt zich heeft verzet tegen deze raadpleging of tegen de raadpleging van bepaalde naasten. » (DOC 50 1488/006).

Amendement nr 61 :

« In § 2, tweede lid, een 5° invoegen luidend als volgt :

« 5° het advies inwinnen van de gedelegeerde leden van het ethisch comité van het ziekenhuis of van elke beslissingsondersteunende cel die geschikt is om nuttige informatie te verschaffen; ».

VERANTWOORDING

Aangezien de toepassingsfeer van artikel 4 tot interpretatieproblemen kan leiden, kan het voor problemen zorgen in de praktijk. Dit artikel kan aanleiding geven tot tal van gedingen. Het is dus belangrijk om, in de mate van het mogelijke en voornamelijk in ernstige gevallen of wanneer de adviezen van de geraadpleegde personen merkbaar uiteenlopen, leden van het ethisch comité van het ziekenhuis of van elke beslissingsondersteunende cel op de hoogte te brengen en hen de mogelijkheid te bieden om hun advies te geven aan de arts. » (DOC 50 1488/006).

l'état civil, compte tenu du fait que la déclaration de volonté en matière d'euthanasie est de nature beaucoup plus complexe que celle qui est demandée en ce qui concerne la transplantation d'organe ?

Le représentant du ministre répond que la législation sur la transplantation d'organe, dans laquelle l'officier de l'état civil doit s'assurer de l'identité du témoin, pourrait servir d'exemple. Cette procédure a jusqu'ici toujours très bien fonctionné.

M. Fred Erdman (SP.A) ajoute qu'il est prévu dans la loi que ces questions soient réglées par voie d'arrêté royal.

M. Joseph Arens (PSC) annonce qu'il retire son amendement n° 60.

Il présente les deux amendements suivants :

« Au § 2, alinéa 2, remplacer le 4° par ce qui suit :

« 4° s'entretenir du contenu de la déclaration du patient avec les proches de ce dernier, sauf si le patient s'y est opposé dans sa déclaration; ».

JUSTIFICATION

La personne de confiance ne représente pas le patient. Il ne lui appartient pas de désigner les proches que le médecin doit consulter.

Le principe doit rester que le médecin discute du contenu de la déclaration anticipée avec les proches du patient sauf si le patient s'est opposé à cette consultation ou à la consultation de certains proches. » (Amendement n° 61, DOC 50 1488/006).

Amendement n° 61 :

« Au § 2, alinéa 2, ajouter un 5°, rédigé comme suit :

« 5° recueillir l'avis de membres délégués du Comité d'éthique hospitalier ou de toute cellule d'aide à la décision susceptible d'être utilement consultée; ».

JUSTIFICATION

Le champ d'application de l'article 4 pouvant poser des problèmes d'interprétation, il pourra susciter des problèmes dans la pratique. Cet article peut devenir un nid à procès. Il importe donc, dans la mesure du possible, que, particulièrement dans les cas graves ou lorsque les avis des personnes consultées divergent sensiblement, des membres du Comité d'éthique hospitalier ou de toute cellule d'aide à la décision soient informés et aient la possibilité de donner leur avis au médecin. » (Amendement n° 62, DOC 50 1488/006).

In verband met amendement nr 62 vraagt *de heer Bart Laeremans (Vlaams Blok)* wat moet worden verstaan onder « iedere cel die bij de besluitvorming kan helpen ». Zal die cel aan de OCMW's worden toegevoegd voor de personen die bijvoorbeeld hun leven buiten een ziekenhuisomgeving wensen te beëindigen ?

De heer Joseph Arens (PSC) bevestigt dat die cel een orgaan buiten het ziekenhuis zal kunnen zijn en kondigt de indiening aan van een amendement dat ertoe strekt die cel nader te omschrijven.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) vraagt de notie van persoon die « zijn wil niet meer kan uiten » nader toe te lichten. Het tijdstip waarop iemand zijn wil niet meer kan uiten, kan immers zeer moeilijk vaststelbaar blijken. Het ware dan ook verkieslijk zich daarbij te baseren op een objectief gegeven, zoals bijvoorbeeld de vraag om de wilsverklaring ten uitvoer te leggen.

Dientengevolge dient de spreekster amendement nr 101 in, luidend als volgt :

« In § 1, zesde lid, de woorden « betrokkene zijn wil niet meer kan uiten » vervangen door de woorden « de uitvoering van de wilsverklaring wordt aangevraagd ».

VERANTWOORDING

Professor Herman Nys merkt terecht op dat het voor de arts praktisch onmogelijk is om vast te stellen sedert wanneer de patiënt niet meer in staat was om zijn wil te uiten. Bijgevolg moet hij steunen op een subjectief gegeven om de geldigheid van de wilsverklaring te beoordelen. Het moment waarop de uitvoering van de wilsverklaring wordt gevraagd is een objectief gegeven; van dit moment kan makkelijk worden teruggerekend naar het moment van de opstelling. » (Amendement nr 101, DOC 50 1488/007).

De heer Luc Goutry (CD&V) wijst erop dat artikel 4, vierde lid, bepaalt dat bij de verklaring een medisch getuigschrift moet worden gevoegd om desnoods te staven dat de betrokkene blijvend in de fysieke onmogelijkheid verkeert om de verklaring op te stellen en te ondertekenen. Welke juridische invulling moet aan de formulering « fysiek blijvend niet in staat is » worden gegeven ?

Is een arts in staat te bepalen dat iemand blijvend niet in staat is een document op te stellen en te ondertekenen ? *Quid* met een arts die een *blijvende* fysieke onmogelijkheid heeft vastgesteld bij iemand wiens gezondheidstoestand nadien toch verbetert ? Moet daaruit worden geconcludeerd dat die arts zich schuldig heeft gemaakt aan het afleggen van een valse verklaring ?

Het ontwerp doet voorts een probleem rijzen in verband met de gevraagde formele waarborgen : wat staat te gebeuren zo een formele waarborg niet wordt nagekomen ? In hoeverre zal bijvoorbeeld een wilsverklaring

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) demande, concernant l'amendement n° 62, ce qu'il faut entendre par « cellule d'aide à la décision ». Cette cellule sera-t-elle rattachée aux CPAS pour les personnes qui désirent par exemple finir leur vie en dehors de milieu hospitalier ?

M. Joseph Arens (PSC) confirme que cette cellule pourra être un organe externe au milieu hospitalier et annonce qu'il déposera un amendement destiné à apporter des précisions concernant cette cellule.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) demande que la notion de personne qui « ne pourrait plus manifester sa volonté » soit précisée. La détermination du moment où une personne ne peut plus exprimer sa volonté peut s'avérer fort difficile, et il serait préférable de se référer à une donnée objective, comme par exemple la demande d'exécution de la déclaration ».

L'intervenant dépose par conséquent un amendement libellé comme suit :

« Au § 1er, alinéa 6, remplacer… au jour de la rédaction de la déclaration.

JUSTIFICATION

Le professeur NYS fait remarquer, à juste titre, qu'il est pratiquement impossible pour le médecin d'établir à partir de quel moment le patient n'était plus en mesure d'exprimer sa volonté et il doit, par conséquent, s'appuyer sur une donnée subjective pour juger de la validité de la déclaration. Le moment de la demande d'exécution de la déclaration est une donnée objective; à partir de ce moment, il est aisé de remonter au jour de la rédaction de la déclaration. *»* (Amendement n° 101, DOC 50 1488/007).

M. Luc Goutry (CD&V) note que l'alinéa 4 de l'article 4 prévoit qu'un certificat médical soit joint à la déclaration pour attester, le cas échéant, de l'impossibilité physique permanente du déclarant de rédiger et de signer la déclaration. Quelle signification juridique faut-il donner aux termes « impossibilité physique permanente » ?

Un médecin est-il capable de déterminer qu'une personne est définitivement incapable de rédiger et de signer un document ? Qu'adviendra-t-il du médecin qui a constaté une impossibilité physique *permanente* d'une personne dont l'état s'améliorerait ultérieurement ? Faudrait-il en conclure que ce médecin a commis une fausse déclaration ?

Le projet pose par ailleurs problème en ce qui concerne les garanties formelles qui sont demandées : que se passera-t-il lorsqu'une garantie formelle n'aura pas été respectée ? Quelle sera par exemple la validité de

rechtsgeldig zijn wanneer zij werd opgesteld vijf jaar en één dag vóór de onmogelijkheid van de betrokkene om zijn wil te kennen gegeven ?

De wilsverklaring zou op ieder ogenblik moeten kunnen worden ingetrokken en de aard van de wijzigingen die erin kunnen worden aangebracht, zou moeten worden geëxpliciteerd.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) merkt op dat de onbekwaamheid in procenten wordt uitgedrukt en dat er twee categorieën van schade zijn, de blijvende onbekwaamheid en de definitieve onbekwaamheid.

Er zijn weliswaar situaties die geen discussie behoeven, maar er zijn er ook waarin de onbekwaamheid omkeerbaar is, bijvoorbeeld dankzij revalidatie. De tekst van het wetsontwerp kan dus een probleem doen rijzen in de gevallen waarin de persoon opnieuw valide wordt.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) dient twee amendementen in, die luiden als volgt :

« Het eerste lid van § 2 vervangen als volgt :

« § 2. Wanneer een behandelende arts, die euthanasie toepast overeenkomstig een wilsverklaring zoals bepaald in § 1, zich wil beroepen op de noodtoestand dient hij zich ervan te verzekeren dat de volgende bijzondere voorwaarden cumulatief zijn vervuld :

1° hij heeft de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures nageleefd;

2° de patiënt lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

3° de patiënt is niet meer bij bewustzijn en deze toestand is volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar;

4° de patiënt lijdt niet aan dementie of een vergelijkbare ziekte;

5° de patiënt bevindt zich niet in een staat van ernstige geestesstoornis of zwakzinnigheid. ».

VERANTWOORDING

De noodtoestand is de enig aanvaardbare rechtsfiguur die het conflict van plichten kan oplossen in hoofde van de arts en tevens verenigbaar kan zijn met artikel 2 van de EVRM.

Tevens dient uitdrukkelijk te worden bepaald dat alle voorgestelde voorwaarden cumulatief dienen te worden nageleefd. » (Amendement n[r] 98, DOC 50 1488/007).

Amendement n[r] 97 :

« In § 2, eerste lid, het tweede en derde streepje vervangen als volgt :

« — in een comateuze toestand verkeert die volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is; ».

la déclaration anticipée si celle-ci a été effectuée cinq ans et un jour avant le début de l'impossibilité de la personne de manifester sa volonté ?

Il faudrait que la déclaration puisse être retirée à tout moment, et que la nature des « modifications » dont elle peut faire l'objet soit explicitée.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) remarque que l'incapacité s'exprime en pourcentage, et qu'il y a deux catégories de dommages, l'incapacité permanente et l'incapacité définitive.

Sil y a des situations qui ne souffrent aucune discussion, il y en apar contre d'autres où l'incapacité est réversible, par exemple grâce à des mesures de rééducation. Le texte du projet tel qu'il est rédigé peut donc poser problème dans les cas où la personne redevient valide.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) dépose deux amendements rédigés comme suit :

« Remplacer le § 2, alinéa 1[er], par la disposition suivante :

« § 2. Lorsqu'un médecin traitant qui pratique une euthanasie conformément à une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1[er], souhaite invoquer l'état de détresse, il s'assure que toutes les conditions particulières suivantes sont remplies de manière cumulative :

1° il a respecté les conditions et procédures prescrites par la présente loi;

2° le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

3° le patient est inconscient et sa situation est irréversible selon l'état de la science;

4° le patient ne souffre pas de démence ou d'une maladie similaire;

5° le patient ne se trouve pas dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale. ».

JUSTIFICATION

L'état de détresse est la seule figure juridique acceptable qui permette de résoudre le conflit entre les devoirs qui s'imposent au médecin, et qui soit en outre conciliable avec l'article 2 de la CEDH.

Il y a lieu de prévoir également que toutes les conditions proposées doivent être respectées de manière cumulative. » (Amendement n° 98, DOC 50 1488/007).

Amendement n[o] 97 :

« Au § 2, alinéa 1[er], remplacer le deuxième et le troisième tiret par le tiret suivant :

« — est dans un coma qui, dans l'état actuel de la science, est irréversible; ».

VERANTWOORDING

Een overgrote meerderheid van de leden van de kamercommissie Volksgezondheid steunt de aanbeveling dat de wilsverklaring alleen van toepassing is wanneer de patiënt, volgens de stand van de wetenschap, op onomkeerbare wijze niet meer bij bewustzijn is en dat de wilsverklaring daarentegen niet geldt wanneer de patiënt slechts op onomkeerbare wijze wilsonbekwaam is geworden. Er kan niet worden ingegaan op een in een wilsverklaring vastgesteld verzoek tot euthanasie bij dementie; de leden willen hiermee de onduidelijkheid opheffen die de Senaat heeft gelaten rond « de onomkeerbare toestand van niet-bewustzijn » en duidelijk stellen dat het enkel om onomkeerbare comateuze *patiënten kan gaan. Deze aanbeveling impliceert dat het wetsontwerp op dat punt moet worden gewijzigd.* » (Amendement nr 97, DOC 50 1488/007).

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) is verwonderd dat CD&V in amendement nr 98 aanvaardt dat rechtsgevolgen worden verbonden aan de wilsverklaring van de patiënt, terwijl die partij daar voordien sterk tegen gekant was.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) attendeert erop dat voormeld amendement in bijkomende orde is ingediend : het zal slechts zin hebben indien een meerderheid van de leden van de commissie voor de Justitie beslist artikel 4 te behouden, omdat het strikte en cumulatieve voorwaarden oplegt voor de wilsverklaring.

Wat amendement nr 97 betreft, vraagt *de heer Bart Laeremans (Vlaams Blok)* of er andere comateuze situaties bestaan waarin de patiënt buiten bewustzijn is.

De heer Jacques Germeaux (VLD) wijst erop dat het er niet om gaat te weten of de patiënt al dan niet in comateuze toestand verkeert, maar of hij voldoet aan de drie voorwaarden die zijn aangegeven in artikel 4, namelijk :

— lijden aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

— niet meer bij bewustzijn zijn;

— verkeren in een toestand die volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) vraagt of de onomkeerbaarheid van de toestand van de patiënt betrekking heeft op diens bewustzijn of op diens ziekte. Ze vraagt dat in de tekst wordt gepreciseerd wat moet worden verstaan onder « toestand ».

De heer Jacques Germeaux (VLD) antwoordt dat het om de medische, fysieke en psychische toestand van de patiënt gaat.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) is verontrust dat de voorwaarden voor euthanasie minder strikt zijn voor de bewusteloze patiënten. Die voorwaarden zouden

JUSTIFICATION

La plupart des membres de la Commission appuient la recommandation qui préconise que la déclaration anticipée ne vaille que lorsque le patient se trouve dans un état d'inconscience qui, dans l'état actuel de la science, est irréversible et qu'elle ne soit en revanche pas valable si l'incapacité du patient de manifester sa volonté est irréversible (Original ???). On ne peut tenir compte d'une déclaration anticipée demandant l'euthanasie qui a été formulée dans un état de démence. Les membres entendent par là lever le flou dans lequel le Sénat a laissé la notion de « situation irréversible d'inconscience » et préciser clairement qu'il ne peut s'agir que de patients se trouvant dans un coma irréversible. Cette recommandation implique que le projet de loi soit modifié sur ce point. » (Amendement n° 97, DOC 50 1488/007).

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) s'étonne que le CD&V accepte, dans l'amendement n° 98, d'attacher des effets juridiques à la déclaration préalable de volonté du patient alors qu'il s'y était fermement opposé précédemment.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) rappelle que cet amendement est déposé en ordre subsidiaire : ce n'est que si une majorité de membres de la commission de la Justice décide de maintenir l'article 4 que cet amendement prendra son sens, en subordonnant la déclaration de volonté à des conditions strictes et cumulatives.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) demande, concernant l'amendement n° 97, s'il existe d'autres situations différentes du coma dans lesquelles il y a absence de conscience.

M. Jacques Germeaux (VLD) souligne qu'il ne s'agit pas de savoir si le patient est ou non en état de coma, mais s'il réunit les trois conditions énoncées à l'article 4, à savoir :

— être atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

— être inconscient;

— être dans une situation irréversible selon l'état actuel de la science.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) demande si la nature irréversible de la situation dans laquelle se trouve le patient concerne la conscience ou la maladie de celui-ci. Elle demande que le texte précise ce qu'il y a lieu d'entendre par le terme de « situation ».

M. Jacques Germeaux (VLD) répond qu'il s'agit de la situation médicale, physique et psychologique du patient.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) s'inquiète que les conditions prévues pour l'euthanasie soient beaucoup moins strictes pour les patients inconscients. Ces

moeten worden aangescherpt en de spreekster dient daartoe amendement nr 96 in :

« In § 2, tweede lid, 1°, de eerste zin vervangen als volgt :

« een andere arts raadplegen over het verzoek van de patiënt. De geraadpleegde arts gaat na of de voorwaarden bedoeld in het eerste lid vervuld zijn. ».

VERANTWOORDING

De wilsverklaring tot het opzettelijk levensbeëindigend handelen in geval de patiënt niet langer bij bewustzijn is, kan enkel waarde hebben als de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudende, onbehandelbare en ondraaglijke pijn, en het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand is gekomen als gevolg van enige externe druk.

Het is immers onaanvaardbaar dat de grondwaarborgen bij een wilsonbekwame patiënt minder stringent zouden zijn dan bij een wilsbekwame patiënt. » (Amendement nr 96, DOC 50 1488/007).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vraagt waarom, in de tweede paragraaf, de voorwaarden worden herhaald die reeds in de eerste paragraag zijn opgesomd (ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, bewusteloosheid en onomkeerbare toestand).

Is er trouwens geen overdaad aan formalisme betreffende de euthanasieverklaring ?

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) herhaalt dat ze gekant is tegen de aan de arts toegekende mogelijkheid om bijkomende voorwaarden voor euthanasie op te leggen en ze dient dan ook een amendement in ter aanvulling van het voordien ingediende amendement nr 91 :

« In § 2, tweede lid, de inleidende zin vervangen als volgt :

« Onverminderd de naleving van de voorwaarden bepaald in vorig lid, moet de arts vooraf en in alle gevallen : ».

VERANTWOORDING

Het staat de arts vrij om, binnen de grenzen van het beroepsgeheim, bijkomende personen te raadplegen of wetenschappelijke publicaties er op na te slaan. Het is echter juridisch-technisch onaanvaardbaar dat de arts bijkomende voorwaarden zou kunnen verbinden aan de handeling van euthanasie. Het is aan de wetgever om de voorwaarden op te sommen waaronder een bepaalde handeling niet als een misdrijf kan worden gekwalificeerd. De arts die van mening is dat hij niet tot euthanasie kan overgaan, ook al zijn alle in de wet opgesomde voor-

conditions devraient être renforcées, et l'intervenant présente l'amendement n° 96 en ce sens :

« Au § 2, alinéa 2, 1°, remplacer la première phrase par la phrase suivante :

« consulter un autre médecin au sujet de la demande du patient. Le médecin consulté vérifie si les conditions visées à l'alinéa 1er sont remplies. ».

JUSTIFICATION

La déclaration anticipée par laquelle le patient demande à être euthanasié s'il a perdu conscience ne peut être valable que si celui-ci se trouve dans une situation médicalement sans issue de souffrance constante, insupportable et incurable et que si la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et ne résulte pas d'une pression extérieure.

Il est en effet inacceptable que les conditions fondamentales soient moins strictes pour un patient incapable de manifester sa volonté que pour un patient capable de le faire. » (Amendement n° 96, DOC 50 1488/007).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) s'interroge sur la raison de la répétition, au deuxième paragraphe, des conditions déjà énoncées au paragraphe premier (affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, inconscience et situation irréversible).

Ne tombe-t-on pas par ailleurs dans un excès de formalisme concernant la déclaration d'euthanasie ?

Mme Joke Schauvliege (CD&V) réitère son opposition à la possibilité donnée au médecin d'imposer des conditions complémentaires à l'euthanasie et présente par conséquent un amendement destiné à compléter l'amendement n° 91 préalablement déposé :

« À § 2, alinéa 2, remplacer la phrase introductive par :

« Sans préjudice de l'observation des conditions visées à l'alinéa précédent, le médecin doit, préalablement, et en toute circonstance : ».

JUSTIFICATION

Dans les limites du secret professionnel, le médecin est libre de consulter des personnes ou des publications scientifiques supplémentaires. Sur le plan juridico-technique, il est cependant inacceptable que le médecin puisse subordonner la démarche euthanasique à des conditions supplémentaires. C'est au législateur qu'il appartient d'énumérer les conditions dans lesquelles un acte déterminé ne peut être qualifié infraction. Le médecin qui estime ne pas pouvoir pratiquer une euthanasie alors que toutes les conditions prévues par la loi sont

waarden vervuld, heeft het volste recht om te weigeren. Dat geeft hem echter niet het recht om zelf bijkomende voorwaarden aan de handeling te stellen. Professor Herman Nys merkte dit zeer terecht op tijdens de hoorzittingen. » (Amendement nr 99, DOC 50 1488/007).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) stipt aan dat niets bepaald is voor een vrouw die zwanger is van een levensvatbaar kind. Waarom wordt geweigerd te voorzien in een bepaling terzake ?

De minister preciseert dat de vertrouwenspersoon geen juridisch vaststaand begrip is, maar een term die dezelfde realiteit dekt als in andere wetten, zoals die inzake het voorlopig bestuur. Het begrip zou terwille van de rechtszekerheid steeds op dezelfde wijze moeten worden omschreven in de verschillende memories van toelichting, maar anderzijds vervult die vertrouwenspersoon niet altijd dezelfde rol.

Voorts werd gevraagd of de vertrouwenspersoon getuige mag zijn. Waarom niet, indien de wettekst dat niet uitdrukkelijk verbiedt ?

Wat de vormen van de wilsverklaring betreft, legt het wetsontwerp alleen de datum en de handtekening op. De minister gaat ervan uit dat de akte absoluut nietig is indien een van die voorwaarden niet is vervuld. Als men terzake alle garanties wil, moet in de tekst worden aangegeven wat de sancties zijn ingeval niet aan de voorwaarden is voldaan, en moet worden gepreciseerd in welk geval er relatieve nietigheid is en in welk geval er absolute nietigheid is.

Art. 5

De heer Joseph Arens (PSC) dient een amendement in, dat het artikel beoogt te vervangen door de volgende bepaling :

*« Art. 5. — De arts die euthanasie heeft toegepast, zendt binnen 24 uur na het overlijden het behoorlijk ingevulde registratiedocument als bedoeld in artikel 5*ter *aan een referentie-arts, gekozen uit de lijst van de artsen, gespecialiseerd in de gerechtelijke geneeskunde bij de hoven en rechtbanken. Die referentie-arts stelt een verklaring op met vermelding van de doodsoorzaak, ten behoeve van de ambtenaar van de burgerlijke stand die de overlijdensakte moet opstellen. Hij stelt een beknopt verslag op ten behoeve van de procureur des Konings van de plaats waar de patiënt is overleden. ».*

VERANTWOORDING

De in het wetsontwerp in uitzicht gestelde evaluatiecommissie mag de gewone gerechtelijke procedure niet

remplies, a parfaitement le droit de refuser de la pratiquer. Toutefois, cela ne lui donne pas le droit de subordonner cet acte à des conditions supplémentaires qu'il fixerait lui-même. Cette observation a été formulée à très juste titre par le professeur Herman Nys lors de son audition. » (Amendement n° 99, DOC 50 1488/007).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) signale que rien n'a été prévu pour le cas d'une femme dans le coma et enceinte d'un enfant viable. Pourquoi l'introduction d'une disposition visant cette hypothèse est-elle refusée ?

Le ministre précise, concernant la personne de confiance, qu'il ne s'agit pas là d'un concept juridiquement établi, mais d'un terme qui recouvre la même réalité que dans d'autres lois comme par exemple l'administration provisoire. La sécurité juridique voudrait que le concept soit toujours défini de la même manière dans les différents exposés des motifs, mais d'un autre côté le rôle que doit jouer cette personne de confiance n'est pas toujours exactement le même.

Par ailleurs, il a été demandé si le témoin peut être la personne de confiance. Si le texte du projet ne l'interdit pas formellement, pourquoi pas ?

Enfin, concernant les formes de la déclaration, le projet n'impose comme condition que la date et la signature. Le ministre estime que si l'un de ces conditions fait défaut, l'acte est nul de manière absolue. Il faudrait préciser dans le texte les sanctions en cas de manquement si on veut avoir toutes les garanties. Dans tel cas, nullité relative, dans tel cas nullité absolue.

Art. 5

M. Joseph Arens (PSC) dépose un amendement visant à remplacer cet article par ce qui suit :

« Art. 5. — Le médecin qui a pratiqué une euthanasie renvoie le document d'enregistrement dûment complété visé à l'article 7, dans les 24 heures du décès, à un médecin de référence, choisi dans la liste des médecins experts en médecine légale près les cours et tribunaux. Ce médecin de référence rédige un certificat mentionnant la cause du décès à l'attention de l'officier de l'état civil chargé d'établir l'acte de décès. Il rédige un rapport succinct à l'attention du procureur du Roi du lieu du décès du patient. ».

JUSTIFICATION

La Commission d'évaluation et de contrôle prévue par la proposition ne peut court-circuiter la procédure judi-

omzeilen door een « schifting » van de geregistreerde euthanasiegevallen. De geregistreerde euthanasiegevallen moeten ter kennis worden gebracht van de procureur des Konings die zijn vervolgingsrecht onverkort moet kunnen uitoefenen.

Het is echter niet praktisch en komt evenmin de efficiëntie van het gerecht ten goede om de registratiedocumenten systematisch aan de procureur des Konings te zenden. De referentie-arts kan hier een bufferrol spelen door een verslag op te stellen voor de procureur des Konings. Deze laatste beschikt dus over een eerste, professioneel advies over het geregistreerde euthanasiegeval en op basis daarvan kan hij beslissen om al dan niet een opsporingsonderzoek te starten. Die referentie-arts heeft eveneens tot taak de getuigschriften op te stellen die aan de ambtenaar van de burgerlijke stand moeten worden overhandigd teneinde de teraardebestelling mogelijk te maken conform de procedures waarin de artikelen 77 en volgende van het Burgerlijk Wetboek voorzien. In de praktijk brengt de ambtenaar van de burgerlijke stand, bij een verdacht overlijden, daarvan ook meteen de procureur des Konings op de hoogte. Het registratiedocument wordt dus niet automatisch aan de procureur des Konings bezorgd. » (Amendement n[r] 63, DOC 50 1488/006).

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) vraagt preciseringen over de sancties die zullen worden opgelegd indien de bepalingen van artikel 5 niet in acht worden genomen. Wat zal er bijvoorbeeld gebeuren als de arts niet binnen vier werkdagen een registratiedocument heeft overgezonden ?

Het Nederlandse Wetboek van strafrecht voorziet in een sanctie. Zal dat in België ook het geval zijn ?

Mevrouw Van de Casteele en de heer Borginon dienen het volgende amendement in :

« De woorden « De arts die euthanasie heeft toepast » vervangen door de woorden « De arts die euthanasie toepaste of hielp bij zelfdoding, ». « (Amendement n[r] 6, DOC 50 1488/002).

Art. 5*bis*

Teneinde een antwoord te bieden op die vraag dient de spreekster het onderstaande amendement in, dat een artikel 5*bis* invoegt in het wetsontwerp :

*« Onder een hoofdstuk IV*bis*, met als opschrift « Strafbepalingen », een nieuw artikel 5*bis *invoegen, luidende :*

*« Art. 5*bis*. — Onverminderd de toepassing van de straffen gesteld bij het Strafwetboek, alsook, desgevallend, de toepassing van tuchtmaatregelen, wordt de arts*

ciaire classique en procédant à un « tri » parmi les cas d'euthanasie enregistrés. Il faut que les cas d'euthanasie enregistrés soient portés à la connaissance du procureur du Roi, qui conserve son droit de poursuite.

Il n'est toutefois pas opportun d'un point de vue pratique et d'efficacité judiciaire que les documents d'enregistrement soient renvoyés systématiquement au procureur du Roi. Le médecin de référence peut jouer le rôle de tampon en rédigeant un rapport à l'attention du procureur du Roi. Le procureur du Roi disposera ainsi d'un premier avis éclairé sur le cas d'euthanasie enregistré et sur cette base pourra décider d'ouvrir une information. Ce médecin de référence a également pour mission de rédiger les certificats destinés à être délivrés à l'officier de l'état civil en vue de permettre l'inhumation selon la procédure prévue aux articles 77 et suivants du Code civil. Conformément à la pratique, l'officier de l'état civil, en cas de mort suspecte, en avise aussi directement le procureur du Roi. Il n'y a donc pas de communication automatique du document d'enregistrement au procureur du Roi. » (Amendement n° 63, DOC 50 1488/006).

Mme Joke Schauvliege (CD&V) demande des précisions concernant les sanctions qui seront appliquées si les dispositions de l'article 5 ne sont pas respectées. Que se passera-t-il si, par exemple, le médecin ne remet pas dans les quatre jours ouvrables de document d'enregistrement de l'euthanasie ?

Aux Pays-Bas, une sanction a été prévue dans le Code pénal. Qu'en sera-t-il en Belgique ?

Mme Van de Casteele et M. Borginon déposent l'amendement suivant :

« Après les mots « le médecin qui a pratiqué une euthanasie », ajouter les mots « ou prêté assistance au suicide ». » (Amendement n° 6, DOC 50 1488/002).

Art. 5*bis*

Afin d'apporter une réponse à cette question, l'intervenant présente l'amendement suivant, introduisant un article 5*bis (nouveau)* dans le projet :

*« Insérer, sous un sous-chapitre IV*bis (nouveau)*, intitulé « Dispositions pénales », un article 5*bis (nouveau), *libellé comme suit :*

*« Art. 5*bis*. — Sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal et, le cas échéant, de sanctions disciplinaires, le médecin qui aura enfreint l'ar-*

die de bepaling van artikel 5 overtreedt, gestraft met gevangenisstraf van zes maanden tot twee jaar en een geldboete van 26 tot 500 frank. ».

VERANTWOORDING

Het wetsontwerp voorziet in geen enkele sanctie ingeval de arts die euthanasie toepaste geen melding verricht aan de Federale Evaluatiecommissie (die dan ook niet gevat is en op geen enkele wijze nog controle kan uitoefenen nopens de naleving van de voorwaarden en procedures bij euthanasie).

Nu ook het Burgerlijk Wetboek niet voorziet in een meldingsplicht voor artsen bij overlijden, is dit bij de toepassing van euthanasie hoe dan ook noodzakelijk. Het niet-naleven van deze meldingsplicht wordt gesanctioneerd met een correctionele gevangenisstraf. » (Amendement nr 34, DOC 50 1488/005).

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) is verbaasd dat de verschillende vragen van de tegenstanders van de wet onbeantwoord blijven. Het is ook verontrustend dat in geen enkele sanctie is voorzien ingeval de voorwaarden van artikel 5 niet in acht worden genomen. Tijdens de algemene bespreking werd gesuggereerd dat het plegen van euthanasie buiten de in de wet bepaalde voorwaarden een strafbaar feit blijft en dat bijgevolg toepassing zal worden verleend aan de bepalingen van het Strafwetboek. Moet men daaruit afleiden dat een arts die nalaat de euthanasieverklaring te overhandigen zou kunnen worden beschuldigd van moord of doodslag ? Zou het niet beter zijn een onderscheid te maken tussen de inhoudelijke en de formele voorwaarden, teneinde niet het risico te lopen dat de zwaarste sancties worden opgelegd aan een arts die het formulier slecht zou hebben ingevuld ?

Zou men bovendien aan de arts niet de mogelijkheid moeten toekennen om op voorhand aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie te vragen of de inhoudelijke voorwaarden in acht werden genomen ?

Art. 5*ter*

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) dient een amendement in dat een artikel 5*ter* beoogt in te voegen, luidende :

*« Art. 5*ter*. — Artikel 72 van het Strafwetboek, opgeheven door de wet van 15 mei 1912, wordt hersteld in de volgende lezing :*

« Art. 72. — Onverminderd de toepassing van artikel 71, kan de wet de bijzondere omstandigheden omschrijven waarin de noodtoestand kan worden ingeroepen. ». ».

ticle 5 sera puni d'une peine d'emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 26 à 500 francs. ».

JUSTIFICATION

Le projet de loi ne prévoit aucune sanction applicable au médecin qui pratique une euthanasie sans en informer la Commission fédérale d'évaluation (Cette dernière n'étant, dès lors, pas saisie, elle ne peut aucunement contrôler le respect des conditions et des procédures applicables en matière d'euthanasie).

Si le Code civil n'impose au médecin aucun devoir d'information en cas de décès, il est, en tout état de cause, indispensable de prévoir pareille obligation lorsqu'une euthanasie est pratiquée. Le non-respect de ce devoir d'information est sanctionné par un emprisonnement correctionnel. » (Amendement n° 34, DOC 50 1488/005).

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) s'étonne de l'absence de réponses aux différentes questions posées par les opposants à la loi. Il est aussi inquiétant de voir qu'aucune sanction n'a été prévue pour le non-respect des conditions reprises à l'article 5. Au cours de la discussion générale, il a été suggéré que l'acte d'euthanasie pratiqué en dehors des conditions prévues dans la loi restait une infraction, et que les dispositions du Code pénal trouveraient donc à s'appliquer. Faut-il en déduire qu'un médecin qui omettrait de remettre la déclaration d'euthanasie pourrait être inculpé de meurtre ou d'assassinat ? Ne serait-il pas préférable d'opérer une différence entre les conditions de fond et de forme, afin de ne pas prendre le risque de faire peser les sanctions les plus fortes sur un médecin qui aurait mal rempli le formulaire ?

Ne faudrait-il pas par ailleurs donner la possibilité au médecin de demander à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de vérifier, *a priori*, si les conditions de fond de l'euthanasie ont été respectées ?

Art. 5*ter*

Mme Joke Schauvliege (CD&V) dépose un amendement visant à insérer un article 5*ter*, libellé comme suit

*« Art. 5*ter*. — L'article 72 du Code pénal, abrogé par la loi du 15 mai 1912, est rétabli dans la version suivante :*

« Art. 72. — Sans préjudice de l'application de l'article 71, la loi peut définir les circonstances particulières dans lesquelles l'état de nécessité peut être invoqué. ». ».

VERANTWOORDING

1. Artikel 2 van het verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) bepaalt : « Het recht van eenieder op leven wordt beschermd door de wet. Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd, tenzij bij wege van tenuitvoerlegging van een vonnis dat is uitgesproken door een rechtbank, wegens een misdrijf waarop de wet de doodstraf heeft gesteld. ».

De Europese Commissie voor de Rechten van de Mens heeft uitdrukkelijk erkend dat dit artikel voor de overheid niet alleen een negatieve onderhoudsverplichtingen inhoudt, maar ook een positieve prestatieverplichting, namelijk de plicht voor de overheid om het leven te beschermen. (ECRM, 12 juli 1978, nr 7154/75, DR, 14, blz. 31).

Telkens wanneer er van levensbeëindiging sprake is, is artikel 2 aldus in het geding. Wanneer de overheid in gebreke blijft om aangepaste maatregelen te nemen teneinde een imminente bedreiging van het leven af te wenden, of de daders van een levensberoving te vervolgen, kan hij wegens schending van het EVRM worden veroordeeld.

2. Het « recht op leven » behoort de mens niet toe. De mens kan er geen afstand van doen. (Zie Velaers, J., Het leven, de dood en de grondrechten. Juridische beschouwingen over zelfdoding en euthanasie, in « Over zichzelf beschikken ? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood », Maklu, 1996, blz. 477.)

In juridische termen betekent dit dat het grondrecht op leven van « openbare orde » is. De strafrechterlijke bescherming van het leven is dat eveneens. De mens kan door zijn instemming geen strafrechtelijke immuniteit creëren voor degene die hem van zijn leven berooft. De toestemming van het slachtoffer is geen rechtvaardigingsgrond. Artikel 2 EVRM alsdusdanig interpreteren dat het geen grond verschaft om de individuele persoon te verbieden zichzelf van het leven te benemen en een ander te vragen hem daarbij behulpzaam te zijn, gaat voorbij aan dit openbare orde-karakter.

De Raad van Europa verwoordt dit uitdrukkelijk in haar aanbeveling 1418 (1999) nopens de bescherming van de mensenrechten en de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden.

De Raad vraagt er uitdrukkelijk dat de lidstaten :

« 9.c) het absolute verbod op het opzettelijk beëindigen van het leven van ongeneeslijke zieke en stervende personen te bekrachtigen, aangezien :

i) het recht op leven, met name wat ongeneeslijk zieken en stervenden betreft, wordt gewaarborgd door alle lidstaten overeenkomstig artikel 2 van het Europees

JUSTIFICATION

1. L'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) dispose : « Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi. ».

La Commission européenne des droits de l'homme a reconnu expressément que cet article ne crée pas uniquement une obligation négative d'entretien pour l'autorité, mais implique aussi une obligation positive de prestation, à savoir le devoir qu'ont les pouvoirs publics de protéger la vie. (CEDH, 12 juillet 1978, n° 7154/75, DR, 14, p. 31).

On voit donc que l'article 2 est en cause chaque fois qu'il est question de mettre fin à la vie. Lorsque l'autorité ne prend pas les mesures appropriées en vue d'écarter une menace imminente pour la vie, ou de poursuivre les personnes qui ont ôté la vie, elle peut être poursuivie pour violation de la CEDH.

2. Le « droit de la vie » n'appartient pas à l'homme. L'homme ne peut pas y renoncer (Voir Velaers, J., Het leven, de dood en de grondrechten. Juridische beschouwingen over zelfdoding en euthanasie, *dans* « Over zichzelf beschikken ? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood », *Maklu, 1996, p. 477).*

En termes juridiques, cela signifie que le droit fondamental à la vie est « d'ordre public ». Il en va de même pour la protection pénale de la vie. Une personne ne peut, par son consentement, conférer une immunité pénale à celui qui lui ôte la vie. Le consentement de la victime n'est pas une cause de justification. Interpréter l'article 2 de la CEDH comme ne permettant pas de fonder l'interdiction pour l'individu de s'ôter la vie et de demander à autrui de l'y aider, c'est ignorer ce caractère d'ordre public.

Le Conseil de l'Europe exprime cela de manière très explicite dans sa recommandation nº 1418 (1999) relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants.

Le Conseil demande expressément aux États membres de maintenir :

« 9.c) l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants :

i) vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les États membres, conformément à l'article 2

Verdrag voor de rechten van de mens dat bepaalt : « niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd »;

ii) de door de ongeneeslijke zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven nooit een juridische grond mag zijn voor zijn dood door toedoen van een derde;

iii) de door een ongeneeslijk zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven op zich nooit een wettelijke rechtvaardiging kan zijn voor handelingen die bedoeld zijn om de dood tot gevolg te hebben ».

3. Sommigen stellen dat wanneer men actief opzettelijk levensbeëindigend handelen (« euthanasie ») beoordeelt in het licht van het EVRM, men dan niet alleen aandacht moet besteden aan artikel 2 van het EVRM dat voor de Staat een plicht inhoudt om het leven te beschermen, maar ook aan artikel 3 dat uitdrukkelijk stelt dat niemand aan een onmenselijke of vernederende behandeling kan worden onderworpen.

Men kan zich uiteraard de vraag stellen of het lijden van een ongeneeslijke zieke kan worden beschouwd als een « onmenselijke en vernederende behandeling » waarvoor de Staat verantwoordelijk is. Is het lijden immers niet uitsluitend te wijten aan de ziekte, aan de « condition humaine *» ?*

Anderzijds kan men bijtreden dat, wanneer de absolute strafbaarstelling van euthanasie onrechtstreeks tot gevolg heeft dat sommige patiënten die onmenselijk lijden en waarvoor geen andere pijnstillende middelen of palliatieve zorgen baten, niet op hun verzoek uit dit lijden worden verlast, dit vanuit dit juridisch oogpunt als een onmenselijke handeling kan worden beschouwd.

De Staat staat aan het einde van een mensenleven dus voor een dilemma. Vanuit het EVRM heeft hij een dubbele verplichting : enerzijds het leven beschermen (artikel 2 EVRM) en anderzijds de mens van onmenselijke en vernederende behandelingen vrijwaren (artikel 3 EVRM). Wanneer een stervende patiënt onmenselijk lijdt en dit lijden niet kan worden verlicht met pijnstillers of palliatieve zorgen, maar alleen door euthanaserend handelen, is het voor de Staat onmogelijk de beide grondrechten de bescherming van het leven en het verbod van onmenselijke of vernederende behandelingen te verzoenen.

4. De legitimering van euthanasie in uitzonderlijke gevallen is dus geen kwestie van zelfbeschikking, van persoonlijke vrijheid, van morele autonomie. Ze kan volgen uit de onmogelijkheid voor de Staat om in, een aantal situaties, twee grondrechten tegelijkertijd te beschermen.

Voor dit conflict van grondrechten biedt het EVRM zelf geen oplossing. Van een principiële voorrang van het ene grondrecht op het andere is geen sprake.

Dit conflict van grondrechten beantwoordt echter aan de juridische figuur van de noodtoestand, zoals die ook in het Belgisch strafrecht bekend is. Er is een noodtoe-

de la Convention européenne des droits de l'homme qui dispose que « la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement »;

ii) vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers;

iii) vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort ».

3. D'aucuns affirment que si l'on juge de l'acte mettant intentionnellement fin à la vie (« euthanasie ») à la lumière de la CEDH, on doit prendre en considération non seulement l'article 2 de cette convention, qui implique pour l'État le devoir de protéger la vie, mais aussi l'article 3, qui dispose expressément que nul ne peut être soumis à un traitement inhumain ou dégradant.

On peut évidemment se demander si la souffrance d'un malade incurable peut être considérée comme un « traitement inhumain ou dégradant » dont l'État serait responsable. La souffrance n'est-elle pas due exclusivement à la maladie, à la condition humaine ?

D'autre part, on peut admettre que si l'incrimination absolue de l'euthanasie a indirectement pour conséquence que certains patients éprouvant une souffrance inhumaine, impossible à soulager par d'autres analgésiques ou des soins palliatifs, ne peuvent en être libérés à leur demande, cette situation puisse être considérée du point de vue juridique comme un traitement inhumain.

L'État se trouve donc, à la fin d'une vie humaine, en présence d'un dilemme. La CEDH lui impose une double obligation : d'une part, il doit protéger la vie (article 2 CEDH) et, d'autre part, il doit protéger la personne contre les traitements inhumains et dégradants (article 3 CEDH). Lorsqu'un patient mourant souffre de façon inhumaine et que cette souffrance ne peut être soulagée par des analgésiques ou des soins palliatifs, mais seulement par l'euthanasie, l'État se trouve dans l'impossibilité de concilier les deux droits fondamentaux, à savoir la protection de la vie et l'interdiction des traitements inhumains ou dégradants.

4. La légitimité de l'euthanasie dans des cas exceptionnels n'est donc pas une question d'autodétermination, de liberté personnelle ou d'autonomie morale. Elle peut résulter de l'impossibilité dans laquelle se trouve l'État de garantir simultanément, dans certaines situations, deux droits fondamentaux.

La CEDH même n'offre pas de solution à ce conflit de droits fondamentaux. Il n'est pas question d'une priorité de principe d'un de ces droits sur l'autre.

Ce conflit de droits fondamentaux correspond cependant au concept juridique d'état de nécessité, qui est connu également en droit belge. Il y a état de nécessité

stand wanneer de strafwet wordt geschonden ter vrijwaring van een rechtsgoed dat « hoger » is dan het door de overtreden strafbepaling beschermde rechtsgoed. (Van den Wyngaert, C., Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen, Antwerpen, Maklu, 1991, I, blz. 201). Wie een rechtsgoed redt, ten koste van een ander, doch minder waardevol, rechtsgoed, handelt niet wederrechtelijk, voorzover het delictueel gedrag het enige middel was om het hoger rechtsgoed te vrijwaren (Dupont, L. en Verstraeten, R., Handboek Belgisch Strafrecht, Acco, blz. 229).

Het Hof van Cassatie heeft deze theorie uitdrukkelijk erkend in haar arrest van 13 mei 1987 :

« Overwegende dat het arrest op grond van die feitelijke toedracht van de zaak zonder de artikelen 71 of 458 van het Strafwetboek te schenden, heeft kunnen beslissen dat de door verweerder aangevoerde noodtoestand moest in aanmerking genomen worden, aangezien verweerder, gelet op de respectieve waarde van de met in elkaar conflict verkerende plichten en gelet op de dreiging van een ernstig kwaad voor anderen, redenen had om te oordelen dat hem ter vrijwaring van een hoger belang, dat hij verplicht of gerechtigd was vóór alle andere te beschermen, geen andere weg openstond dan de feiten te plegen die hem worden verweten. ».

In de concrete context van het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een geneesheer op verzoek van de betrokkenen, veronderstelt « noodtoestand » dat de arts een gewetensprobleem heeft; bijzondere omstandigheden plaatsen hem in een conflict van plichten : de plicht het leven te eerbiedigen versus de plicht bijstand te verlenen en te helpen tot het uiterste. Wegens de bijzondere omstandigheden bijvoorbeeld ondraaglijk lijden en falen van alle symptoomcontrole, kan helpen en bijstaan in een concreet geval betekenen : levensbeëindigend handelen, dus iets doen dat strijdig is met de eerste plicht. De arts zal hier oordelen en afwegen en in deze beoordeling kan hij in geweten menen dat de hoger genoemde bijzondere omstandigheden voldoende ernstige redenen zijn om uitzonderlijk te kiezen in dit geval voor de tweede plicht.

Het weze opgemerkt dat noodtoestand dus betrekking heeft op een gewetensprobleem in hoofde van de arts (in tegenstelling tot het begrip « noodsituatie » in de abortuswet van 1990, waar de noodsituatie betrekking heeft op een fysische of psychische toestand van de zwangere vrouw, die deze vrouw als zodanig percipieert.

Het louter subjectieve inroepen door de patiënt van een subjectief aangevoelde noodsituatie, gevolgd door procedurele handelingen, kan echter niet volstaan om euthanasie van haar strafbaar karakter te ontdoen : de arts moet zich, in het licht van de toestand van de patiënt, werkelijk in een noodtoestand bevinden vooraleer hij de bescherming van het leven prijsgeeft omwille van

lorsque l'on enfreint la loi pénale pour préserver un bien juridique « supérieur » à celui qui est protégé par la disposition pénale concernée (Van den Wyngaert, C., « Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen »*, Anvers, Maklu, 1991, I, p. 201). Celui qui sauve un bien juridique au détriment d'un autre bien, qui est de moindre valeur, n'agit pas illégitimement pour autant que le comportement délictuel en question soit le seul moyen de préserver le bien juridique plus important. (Dupont, L. et Verstraeten, R.,* « Handboek Belgisch Strafrecht »*, Acco, p. 229).*

La Cour de cassation a reconnu explicitement cette théorie dans son arrêt du 13 mai 1987 :

« Considérant que l'arrêt, sur la base des circonstances de fait de la cause sans enfreindre les articles 71 ou 458 du Code pénal, a pu décider que l'état de nécessité allégué par le défendeur ne pouvait être écarté, dès lors que, eu égard à la valeur respective des devoirs en conflit et en présence d'un mal grave et imminent pour autrui, cette personne a pu estimer qu'il ne lui était pas possible de sauvegarder autrement qu'en commettant les faits qui lui sont reprochés, un intérêt plus impérieux qu'elle avait le devoir ou qu'elle était en droit de sauvegarder avant tous les autres. ».

Dans le contexte concret de l'acte euthanasique intentionnel posé par un médecin à la demande des intéressés, l'état de nécessité sous-entend que le médecin se trouve face à un problème de conscience; des circonstances particulières le placent dans un conflit de devoirs : d'une part, le devoir de respecter la vie et, d'autre part, le devoir de prêter assistance et d'aider jusqu'au bout. En raison des circonstances particulières (par exemple une souffrance intolérable et l'impossibilité de maîtriser les symptômes), aider et prêter assistance peut signifier dans un cas concret poser un acte euthanasique et donc faire une chose qui est contraire au premier devoir. Dans ce cas, le médecin va apprécier et peser le pour et le contre et, dans cette appréciation, il peut estimer en son âme et conscience que les circonstances particulières susvisées constituent des raisons suffisamment graves pour opter exceptionnellement, en l'occurrence, pour le second devoir.

Il importe de souligner que l'état de nécessité désigne donc un problème de conscience pour le médecin (contrairement à la notion de « situation de détresse », utilisée dans la loi de 1990 sur l'avortement et visant un état physique ou psychique de la femme enceinte, que celle-ci ressent comme tel).

L'invocation purement subjective par le patient d'une situation de détresse subjectivement ressentie, invocation qui serait suivie d'actes de procédure, ne peut suffire à enlever à l'euthanasie son caractère punissable : le médecin doit, au vu de l'état du patient, se trouver véritablement dans un état de nécessité avant de sacrifier la protection de la vie à la dignité de la fin de vie du

de waardigheid van het menselijk sterven van de patiënt. Staatsraad Messine sprak tijdens de hoorzittingen in de senaat terecht dat de « raisons *» een belangrijker rol spelen dan de «* conditions *». Ook professor Adams stelde duidelijk dat het strafrecht meer is dan een doelmiddel alleen : het meet zich ook een moreel oordeel aan en legt de algemene ethische norm vast. Euthanasie is geen « gewone » handelingsoptie temidden van andere medische handelingen. Indien dat wel het geval zou zijn, dan zou de arts een verzoek tot euthanasie niet mogen weigeren. Omdat euthanasie geen gewone handelingsoptie is, moet het verbod van euthanasie in het strafrecht worden behouden.*

5. Artikel 2 EVRM sluit, vanuit haar samenlezing met artikel 3 EVRM evenwel niet uit dat er wetgevend kan opgetreden worden met betrekking tot het euthanaserend handelen. Om artikel 2 EVRM te respecteren, kan de strafbaarstelling van euthanasie niet worden opgeheven, maar de wetgever kan wél het conflict van de grondrechten vervat in artikel 2 en 3 EVRM juridisch vorm geven, door de hieraan corresponderende rechtsfiguur van de « noodtoestand » in het kader van het opzettelijk levensbeëindigend handelen op verzoek van de betrokkene nader te omschrijven. Dit is de strekking van het wetsontwerp houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het naderend levenseinde.

Tijdens de hoorzittingen in de senaat werd deze idee van de noodtoestand door verschillende sprekers benaderd.

Professor Vermeersch stelde aldus :

« Ik vind dat een interessante gedachte omdat ze een compromis inhoudt door, enerzijds, te stellen dat het in onze samenleving belangrijk is dat het beginsel « u zult niet doden » in de strafwet blijft, maar door, anderzijds ook voldoende middelen ter beschikking te stellen om op het terrein tegemoet te kunnen komen aan ondraaglijke, onheilzame of onbehandelbare situaties. (...)

Ik kan u daarin wel volgen, maar wat zeker niet mag blijven staan, is dat men alleen in die gevallen de noodtoestand mag inroepen. Een noodtoestand moet in een particulier geval altijd kunnen worden ingeroepen. ».

Professor Schotsmans :

« De gemakkelijkste formule lijkt te zijn dat men met twee soorten kwaad wordt geconfronteerd, daaraan niet kan ontsnappen en uiteindelijk kiest voor het minste kwaad. Als ethicus kan ik daar tamelijk goed mee leven, omdat het ook een klassiek voorbeeld is uit de oude moraal, namelijk de confrontatie met twee evenwaardige onwaarden. Je kan nooit echt goed kiezen. ».

Professor Vincent :

« Voor mij moet er meer nadruk komen te liggen op de noodtoestand (...). In bepaalde gevallen moet de noodtoestand kunnen voorgaan. Wij moeten dan blijk

patient. Le conseiller d'État Messine a dit à juste titre, au cours des auditions au Sénat, que les « raisons » jouaient un rôle plus important que les « conditions ». Le professeur Adams a, lui aussi, dit clairement que le droit pénal faisait plus que relier seulement une fin et un moyen : il incarne aussi un jugement moral et fixe la norme éthique générale. L'euthanasie n'est pas une option d'acte « ordinaire » parmi d'autres actes médicaux. S'il en était ainsi, le médecin ne pourrait pas repousser une demande d'euthanasie. L'euthanasie n'étant pas un acte ordinaire éligible parmi d'autres, son interdiction doit être maintenue dans le droit pénal.

5. L'article 2 du CEDH, lu en corrélation avec l'article 3 de la même convention, n'exclut toutefois pas que le législateur puisse intervenir en matière d'euthanasie. Si l'on veut respecter l'article 2, on ne peut pas renoncer à l'incrimination de l'euthanasie, mais le législateur peut donner une forme juridique au conflit des droits fondamentaux contenus aux articles 2 et 3 de la CEDH, en précisant, dans le cadre de l'acte euthanasique intentionnel pratiqué à la demande de l'intéressé, le concept juridique correspondant d'« état de nécessité ». Tel est l'objet de la proposition de loi visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort.

Au cours des auditions au Sénat, plusieurs intervenants ont abordé l'idée de l'état de nécessité.

Le professeur Vermeersch :

1. M. Vandenberghe : « Je pense que c'est une idée intéressante, parce qu'elle implique un compromis en fixant, d'une part, qu'il est important que le principe « tu ne tueras point » reste dans le Code pénal, mais en mettant, d'autre part, assez de moyens à disposition pour pouvoir répondre sur le terrain à des situations insupportables, malheureuses ou ingérables. (...)

2. M. Vermeersch : Je peux vous suivre dans cette voie, mais ce qui ne doit pas subsister, c'est qu'on ne puisse invoquer l'état de nécessité que dans ces cas. Il faut toutefois pouvoir invoquer un état de nécessité dans un cas particulier. ».

Le professeur Schotsmans :

« La formule la plus facile semble être qu'on est confronté à deux sortes de mal, qu'on ne peut pas y échapper et qu'en fin de compte, on choisit le moindre. En tant qu'éthicien, je peux accepter cela assez bien, car c'est également un exemple classique de la morale ancienne, à savoir la confrontation à deux non-valeurs équivalentes. Il n'y a jamais de véritable bon choix. ».

Le professeur Vincent :

« Il faut, à mon sens, davantage insister sur l'état de nécessité (...). Il faut reconnaître que, dans certains cas, l'état de nécessité doit primer et que nous devons à ce

geven van realisme en een zienswijze huldigen die wellicht niet geruststellend maar wel nuchter is : een aantal personen heeft er soms belang bij te kunnen sterven. Voor hen is dat misschien de beste oplossing. Wanneer iemand aan het eind van zijn leven komt en geen enkele relatie meer kan opbouwen, niet meer gelukkig kan zijn, is het beter dat hij er mee kapt. Moet men dan toestaan mensen te doden ? Ik denk van niet. Heel weinig artsen verwachten die toestemming hier te krijgen. ».

De heer Dalcq :

« Het enige positieve wat een wet kan inbrengen is een bepaling van het begrip noodtoestand waarmee een arts akkoord kan gaan. Zowel de arts als de patiënt hebben daar baat bij. ».

Staatsraad Messine :

« U hebt me gevraagd of het wenselijk is de noodtoestand op te nemen als verschoningsgrond in het Strafwetboek door de bepaling ervan grotendeels af te stemmen op wat het Hof van Cassatie sedert jaren zegt. Brengt dat meer klaarheid ? Volgens mij wel, waarom ook niet ? ».

Bij de juridische experts schaarden ook magistraat Panier en professor Adams zich achter de idee van de noodtoestand, maar wezen er op, hierbij Velaers citerend, dat « wanneer de wetgever zelf in een bijzondere regeling voorziet voor de noodtoestand bij euthanasie, hij daarmee impliciet doch duidelijk de toepassing van de algemene leer over de noodtoestand heeft willen uitsluiten, tenzij hij dat uitdrukkelijk anders zou bepalen ». (Panier : « Il doit rester des zones de cette problématique que ce texte-là ne rencontre pas, d'où mon souci de ne pas trop utiliser la catégorie juridique à laquelle le texte semble aujourd'hui faire appel, pour-être me situer davantage dans une autre catégorie, de manière telle que l'on puisse encore, dans d'autres hypothèses, invoquer l'état de nécessité ou d'autres notions similaires. »).

Een andere opmerking, van staatsraad Messine, stelt echter dat het objectiveren van de noodtoestand niet strookt met het principe van de noodtoestand als dusdanig, en eigenlijk evenzeer neerkomt op een wettelijk voorschrift (« autorisation de la loi *»).*

6. Het huidig voorgesteld amendement wil op juridisch-technisch coherente wijze de aangehaalde opmerkingen van de gehoorde juristen ontmoeten.

a) Evenwel dient onmiddellijk opgemerkt dat het nader omschrijven (of objectiveren) van de noodtoestand geenszins gelijk te stellen valt met een wettelijk voorschrift (« autorisation de la loi *») zoals bedoeld in artikel 70 van het Strafwetboek.*

Ook al wordt voorzien in een objectivering van de voorwaarden die het mogelijk maken om de noodtoestand as such in te roepen, de uitoefening van dit recht om de noodtoestand in te roepen, zoals gedefinieerd in

moment-là être réalistes et arriver à un concept qui vous donnera peut-être le frisson mais qui est réel : pour certaines personnes, il y parfois un bénéfice à mourir. C'est peut-être la meilleure option pour elles. Quand on arrive en fin de vie, quand on n'a plus espoir d'une vie relationnelle, d'un tout petit peu de bonheur, il vaut mieux fermer son parapluie. Faut-il, pour autant, autoriser à tuer ? Je ne le crois pas et je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de médecins qui vous diront ici qu'il faut les autoriser à tuer. ».

M. Dalcq :

« Le seul élément positif possible d'une législation serait de préciser la notion d'état de nécessité dans lequel se trouve le médecin; ce qui pourrait rassurer et le médecin et le patient. ».

Le conseiller d'État Messine :

« Vous me demandez s'il est souhaitable d'inscrire l'état de nécessité comme cause de justification dans le Code pénal en lui donnant une définition qui correspond pratiquement à celle que la Cour de cassation lui donne depuis plusieurs années. Y gagnerait-on en clarté ? Je vous répondrai : oui, pourquoi pas ? ».

Parmi les experts juridiques, le magistrat Panier et le professeur Adams ont souscrit également à l'idée de l'état de nécessité, mais ils ont souligné, en citant Velaers, que « lorsque le législateur même prévoit un régime distinct pour l'état de nécessité dans le cadre de l'euthanasie, c'est qu'il a eu implicitement mais clairement l'intention à moins d'avoir prévu des dispositions explicites dans un autre sens d'exclure l'application de la doctrine générale sur l'état de nécessité. » (Panier : « Il doit rester des zones de cette problématique que ce texte-là ne rencontre pas, d'où mon souci de ne pas trop utiliser la catégorie juridique à laquelle le texte semble aujourd'hui faire appel, pour-être me situer davantage dans une autre catégorie, de manière telle que l'on puisse encore, dans d'autres hypothèses, invoquer l'état de nécessité ou d'autres notions similaires. »).

Cependant, dans une autre observation, le conseiller d'État Messine a affirmé que l'objectivation de l'état de nécessité n'est pas conforme au principe de l'état de nécessité en tant que tel et qu'en fait, elle revient à une prescription légale (« autorisation de la loi »).

6. Le présent amendement vise à tenir compte d'une manière cohérente, sur les plans juridique et technique, des observations formulées par les juristes au cours des auditions.

a) Toutefois, il y a lieu de souligner d'emblée qu'une définition (ou une objectivation) de l'état de nécessité ne doit nullement être assimilée à une disposition légale (« autorisation de la loi ») au sens de l'article 70 du Code pénal.

Même si l'on objectivait les conditions dans lesquelles il est possible d'invoquer l'état de nécessité en tant que tel, l'exercice de ce droit d'invoquer l'état de nécessité tel qu'il est défini dans la doctrine et la jurisprudence

rechtsleer en rechtspraak, is géén voorwerp van een dergelijke objectivering : de controle van de rechter beperkt zich dus in geen geval tot een formele controle van de omschreven grondvoorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten van de euthanasie. Door de omschrijving van de noodtoestand wordt enkel aangegeven dat in de situaties zoals beschreven, men zich in een situatie van noodtoestand kàn bevinden : de afweging tussen de twee « rechtsgoederen » waartussen wordt gekozen gebeurt immers steeds door de arts, op het ogenblik van de concrete feiten, maar het is uiteindelijk de rechter die over het waardenconflict zal beslissen. De voorgestelde omschrijving van de noodtoestand dient dan ook begrepen te worden als een « richtsnoer » voor de beoordelende rechter en resulteert aldus impliciet ook in een zekere rechtszekerheid voor de arts.

Net zoals de rechtspraak in concrete gevallen een omschrijving heeft gegeven aan de « noodtoestand », heeft ook de wetgever hier reeds in voorzien. Aldus bepaalt artikel 37 van de wet van 5 augustus 1992 op het politieambt :

« Bij het vervullen van zijn opdrachten van bestuurlijke of gerechtelijke politie kan elke politieambtenaar, rekening houdend met de risico's die zulks meebrengt, geweld gebruiken om een wettig doel na te streven dat niet op een andere wijze kan worden bereikt.

Elk gebruik van geweld moet redelijk zijn en in verhouding tot het nagestreefd doel.

Aan elk gebruik van geweld gaat een waarschuwing vooraf, tenzij dit gebruik daardoor onwerkzaam zou worden. ».

Het gebruik van geweld door politieambtenaren komt essentieel neer op een toepassing van de noodtoestand, waarvan de voorwaarden nader worden omschreven in dit artikel 37. Ook hier is een waardenconflict in het geding : indien de politieambtenaar zélf meent dat het geweld de enige manier is om een bepaald wettig doel na te streven, en er geen enkele andere manier is om dit te bereiken (en zodus inbreuk te plegen op bijvoorbeeld het verbod slagen en verwondingen), bevindt hij zich in de hypothese van de noodtoestand. De wet bevestigt overigens uitdrukkelijk deze afweging in hoofde van de politieambtenaar : « rekening houdend met de risico's die zulks meebrengt »; « als het wettig doel niet op een andere wijze kan worden bereikt ».

De omschrijving van de noodtoestand in de wet is dus geenszins gelijk te stellen met het wettelijk voorschrift als bedoeld in artikel 70 van het Strafwetboek : waar bij de (omschreven) noodtoestand uiteindelijk nog steeds de rechter dient te oordelen of het waarden- of plichtsconflict inderdaad kan leiden tot een rechtvaardiging van de strafbare daad, betreft het « wettelijk voorschrift » enkel een toetsing of de wettelijk voorziene tegennorm tegenover de oorspronkelijke verbodsregel aanwezig is. In de woorden van staatsraad Messine : bij de « (omne fait pas l'objet d'une objectivation : le contrôle du juge ne se réduit donc pas à un contrôle formel des conditions de fond définies et des critères de prudence à observer en cas d'euthanasie. En définissant l'état de nécessité, on indique simplement que, dans les situations décrites, on peut se trouver dans un état de nécessité : la mise en balance des deux « biens juridiques » entre lesquels il faut choisir est en effet toujours faite par le médecin au moment où se produisent les faits concrets, mais, en définitive, c'est le juge qui tranchera le conflit de valeurs. La définition proposée de l'état de nécessité doit donc être interprétée comme une directive pour le juge qui va statuer et elle crée dès lors implicitement une certaine sécurité juridique pour le médecin.

Comme la jurisprudence a défini l'état de nécessité dans des cas concrets, le législateur a lui aussi déjà prévu une définition. L'article 37 de la loi du 5 août 1992 sur la fonction de police dispose comme suit :

« Dans l'exercice de ses missions de police administrative ou judiciaire tout fonctionnaire de police peut, en tenant compte des risques que cela comporte, recourir à la force pour poursuivre un objectif légitime qui ne peut être atteint autrement.

Tout recours à la force doit être raisonnable et proportionné à l'objectif poursuivi.

Tout recours à la force est précédé d'un avertissement, à moins que cela ne rende cet usage inopérant. ».

L'usage de la force par les fonctionnaires de police revient essentiellement à une application de la notion d'état de nécessité, état qui existe lorsque sont remplies les conditions définies à l'article 37. Dans ce cas, il y a également un conflit de valeurs : si le fonctionnaire de police même juge que l'usage de la force est le seul moyen d'atteindre un objectif légitime donné et qu'il n'y a aucune autre manière de l'atteindre (et qu'il faut donc enfreindre l'interdiction de porter des coups et blessures), il se trouve dans l'hypothèse où il y a un état de nécessité. La loi confirme d'ailleurs explicitement cette mise en balance par le fonctionnaire de police : « en tenant compte des risques que cela comporte »; « pour poursuivre un objectif légitime qui ne peut être atteint autrement ».

Par conséquent, la définition de l'état de nécessité prévue par la loi ne peut en aucune manière être assimilée à la « règle de loi » visée à l'article 70 du Code pénal : alors qu'il appartient en définitive toujours au juge d'apprécier, en ce qui concerne l'état de nécessité (défini), si le conflit des valeurs ou des devoirs peut effectivement justifier l'acte punissable, la « règle de loi » ne prévoit qu'un simple contrôle permettant de déterminer si face à l'interdit initial, y a la norme contraire qui doit être prévue par la loi. Selon le conseiller d'État Messine,

schreven) noodtoestand » betreft het de beoordeling van de raisons, bij het « wettelijk voorschrift » de toetsing van de conditions.

b) Teneinde de juridisch-technische problemen op te lossen, wordt daarom voorgesteld in het Strafwetboek uitdrukkelijk te bepalen dat de (jurisprudentieel ontwikkelde) rechtsfiguur van de noodtoestand inderdaad kan omschreven worden (zonder dat dit aan het wezenlijke juridisch karakter van de noodtoestand een wijziging aanbrengt).

Deze omschreven noodtoestand is aldus een duidelijke indicatie voor de rechter om in concrete situaties te oordelen of de noodtoestand is vervuld; tegelijkertijd biedt ze een mate van rechtszekerheid voor diegene die zich in deze concrete situaties op de noodtoestand wenst te beroepen.

De toevoeging « onverminderd de toepassing van artikel 71 », maakt het mogelijk dat in uitzonderlijke situaties alsnog de gemeenrechtelijke rechtvaardigingsgronden zoals bepaald in dit artikel 71 van het Strafwetboek kunnen worden ingeroepen. De jurisprudentiële figuur van de noodtoestand is een toepassing van deze bepaling. » (Amendement nr 35, DOC 50 1488/005).

De heer Luc Goutry (CD&V) beklemtoont dat zijn fractie niet wil horen van een formele euthanasiewetgeving. Tijdens de hoorzittingen hebben Nederlandse deskundigen de aandacht gevestigd op de tekortkomingen in hun regeling. In dat perspectief stelt de spreker een voorstander te zijn van de opname van euthanasie in het Strafwetboek, zodat het klaar en duidelijk is dat het principieel om een onwettige handeling gaat. Alleen uitzonderlijke situaties kunnen rechtvaardigen dat een einde aan iemands leven wordt gemaakt. Daarom strekken de door de fractie van de spreker voorgestelde amendementen er tevens toe het begrip « noodtoestand » — tot dusver een jurisprudentiële constructie — wettelijk te onderbouwen.

Bovendien vindt de spreker het jammer dat het gevoerde debat ondermaats was in verhouding tot wat eigenlijk op het spel staat. De fundamentele vraag is of de wetgeving zich aan de tijdsgeest moet aanpassen, dan wel of ze een aantal hogere waarden moet belichamen. De huidige meerderheid lijkt verblind door haar wil om een politieke, symbolisch geladen overwinning van de vrijzinnigheid wettelijk te vertalen.

Art. 5*quater*

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) c.s. dienen amendement nr 36 in, luidend als volgt :

« *Een artikel 5*quater *invoegen luidende :*

*« Art. 5*quater. *— In het Strafwetboek wordt een artikel 397*bis *ingevoegd, luidend als volgt :*

il s'agit, pour ce qui est de l'état de nécessité (défini) d'apprécier les raisons, alors que la règle la loi ne prévoit que de contrôler les conditions.

b) En vue de résoudre les problèmes juridiques et techniques, on propose dès lors de disposer explicitement, dans le Code pénal, que la figure juridique (élaborée par la jurisprudence) de l'état de nécessité peut effectivement être définie (sans que soit modifié le caractère essentiellement juridique de l'état de nécessité).

L'état de nécessité tel qu'il est défini constitue donc une indication univoque pour le juge, laquelle lui permettra d'apprécier, dans des situations concrètes, s'il y a état de nécessité; en même temps, elle offre une sécurité juridique à ceux qui, dans ces situations concrètes, souhaitent invoquer l'état de nécessité.

L'insertion des mots « sans préjudice de l'application de l'article 71 » permet d'invoquer, dans des situations exceptionnelles, les causes de justification tirées du droit commun qui sont visées à l'article 71 du Code pénal. La figure jurisprudentielle de l'état de nécessité résulte d'une application de cette disposition. » (Amendement n° 35, DOC 50 1488/005).

M. Luc Goutry (CD&V) insiste sur le fait que son groupe ne veut pas d'une légalisation formelle de l'euthanasie. Lors des auditions, des experts néerlandais ont attiré l'attention sur les déficiences de leur système. Dans cet esprit, l'intervenant se dit partisan de l'insertion de l'euthanasie dans le Code pénal, afin qu'il soit bien clair que cet acte est en principe illicite. Seules des situations d'exception peuvent justifier de mettre un terme à la vie de quelqu'un. C'est pourquoi les amendements proposés par le groupe de l'orateur visent également à légaliser la notion d'état de nécessité, qui est jusqu'ici une construction jurisprudentielle.

En outre, l'intervenant regrette que le débat ne soit pas à la hauteur de l'enjeu. La question fondamentale est de savoir si la législation doit s'adapter à l'air du temps, ou si elle doit incarner des valeurs supérieures. La majorité actuelle semble aveuglée par son désir d'inscrire symboliquement dans la législation une victoire politique de la libre-pensée.

Art. 5*quater*

Mme Joke Schauvliege (CD&V) et consorts déposent un amendement n° 36 ainsi libellé :

« *Insérer un article 5*quater, *libellé comme suit :*

*« Art. 5*quater. *— Il est inséré dans le Code pénal, un article 397*bis, *libellé comme suit :*

*« Art. 397*bis*. — De arts die opzettelijk het leven van een patiënt beëindigd op diens uitdrukkelijk en bewust verzoek, wordt gestraft met opsluiting van tien tot vijftien jaar. ». ».*

VERANTWOORDING

Het meerderheidsvoorstel laat het Strafwetboek ongemoeid, maar bepaalt in de aparte, bijzondere euthanasiewet dat de arts « geen misdrijf begaat wanneer hij de euthanaserende daad stelt » (mits de naleving van de grondvoorwaarden). De arts dient enkel een aantal voorwaarden te voldoen waarna zijn euthanaserende daad toegelaten is. Op deze wijze wordt euthanasie een louter procedureel en administratief gebeuren, waarbij de arts als loutere uitvoerder van het verzoek optreedt. Deze benadering banaliseert de daad van euthanasie en herleidt ze tot een gewone medische handeling.

Deze depenalisering is onverantwoord en onaanvaardbaar. Een depenalisering van euthanasie is vanuit de normerende en beschermende functie van de strafwet uitgesloten, en maakt een juridische inbreuk uit op de dwingende bepalingen van artikel 2 van het EVRM.

Volgens de CD&V moet euthanasie in de strafwet opgenomen worden.

Door euthanasie strafbaar te houden :

— wordt het uitzonderlijke karakter van het euthanaserend handelen gevrijwaard;

— blijft een ultieme waarborg tegen misbruiken bestaan;

— blijft het normatief karakter van de strafwet gehandhaafd;

— blijft de controle door het openbaar ministerie verzekerd.

De enige rechtsfiguur die het uitzonderlijke karakter van het euthanaserend handelen onder bepaalde voorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten kan onderstrepen en kan rechtvaardigen is de figuur van de noodtoestand. » (DOC 50 1488/005, blz. 21).

De spreekster licht toe dat het belangrijk is duidelijk te omschrijven wat men onder euthanasie verstaat. Het betreft immers een nieuw begrip in het Belgisch recht, en het behoort dan ook duidelijk te worden gedefinieerd. De opname van die definitie in het Strafwetboek naast doodslag en moord, moet aantonen dat euthanasie principieel een misdrijf blijft, dat alleen door uitzonderlijke omstandigheden kan worden gerechtvaardigd.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) betreurt de onmogelijkheid tot modulering waartoe de door mevrouw Schauvliege voorgestelde methode dreigt te leiden. Toepassing van een soortgelijke methode houdt het risico

*« Art. 397*bis*. — Le médecin qui met délibérément fin à la vie d'un patient, à la demande expresse et consciente de ce dernier, est puni d'un peine d'emprisonnement de dix à quinze ans. ». ».*

JUSTIFICATION

La réglementation proposée par la majorité ne modifie pas le Code pénal mais prévoit, dans une loi particulière distincte relative à l'euthanasie, que le « médecin ne commet pas d'infraction lorsqu'il pratique une euthanasie » (moyennant le respect des conditions de base). Le médecin doit simplement respecter une série de conditions pour que son acte d'euthanasie soit autorisé. L'euthanasie devient ainsi une démarche purement administrative et procédurale, dans le cadre de laquelle le médecin se profile comme un simple exécutant de la demande. Cette approche banalise l'euthanasie et la réduit à une acte médical ordinaire.

Cette dépénalisation est injustifiée et inacceptable. Une dépénalisation de l'euthanasie est exclue du point de vue de la fonction normative et protectrice que revêt la loi pénale et constitue une infraction juridique aux dispositions contraignantes de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Selon le CD&V, l'euthanasie doit être inscrite dans la loi pénale.

Le maintien du caractère punissable de l'euthanasie permet :

— de préserver le caractère exceptionnel de l'acte euthanasique;

— de conserver une garantie ultime contre les abus;

— de préserver le caractère normatif de la loi pénale;

— de garantir le contrôle du ministère public.

L'état de nécessité est la seule figure juridique qui puisse souligner et justifier le caractère exceptionnel de l'acte euthanasique, moyennant le respect de certaines conditions et règles de prudence. » (DOC 50 1488/005, p. 21).

L'intervenante explique qu'il importe de définir clairement ce qu'est l'euthanasie. Ce concept est en effet nouveau en droit belge, et doit recevoir une définition précise. L'insertion de cette définition dans le Code pénal, aux côtés du meurtre et de l'assassinat, doit montrer que l'euthanasie est en principe un crime, que seules des circonstances exceptionnelles peuvent justifier.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) regrette le manque de gradation auquel risque de mener la méthode préconisée par Mme Schauvliege. Une pareille méthode risque de mener à des condamnations identiques pour

in dat eenvoudige administratieve vergissingen en kennelijke misbruiken uiteindelijk op identiek dezelfde wijze worden veroordeeld. Hoe zijn de indieners van het amendement voornemens die methode te verzoenen met een gemoduleerde regeling inzake de toepassing van de strafmaat ?

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) antwoordt dat als regel moet gelden dat euthanasie een misdrijf is. Gelet evenwel op bepaalde uitzonderlijke omstandigheden, moet de noodtoestand kunnen worden aangevoerd.

De heer Luc Goutry (CD&V) wijst erop dat de noodtoestand een geheel van mogelijke *casussen* dekt die ruimer zijn dan euthanasie alleen. Het ligt daarbij niet in de bedoeling een oplossing voor elk individueel geval te bedenken, maar een algemeen geldende regel in het Strafwetboek in op te nemen.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) merkt op dat de houding van de CD&V-fractie aanzienlijk verschilt van die welke de CD&V-fractie in de Senaat heeft aangenomen. In de Senaat wilden de CD&V-parlementsleden constructief meewerken door de meerderheid een aantal tegenvoorstellen aan te reiken. Maar in de Kamer doen de CD&V-volksvertegenwoordigers alleen maar verwoede pogingen om door middel van amendementen hun standpunt erdoor te drukken. De door mevrouw Joke Schauvliege en de heer Luc Goutry voorgestelde juridische oplossing mist evenwel rechtszekerheid. Zij laat de beoordeling van elk individueel geval over aan een rechter die het dossier zal onderzoeken op grond van zijn eigen levensbeschouwelijke opvattingen en van de op het ogenblik van de rechtspleging geldende waarden. De wetgever moet er in tegendeel naar streven duidelijk de waarden te omschrijven die hij zowel vandaag als in de toekomst absoluut wil vrijwaren.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) is van mening dat de gelijktijdige opname, in het Strafwetboek, van euthanasie en noodtoestand, de enige methode is om bepaalde toestanden — op het uitzonderlijke karakter waarvan zij sterk insisteert — te verzoenen met artikel 2 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Men moet zich er tevens van vergewissen dat de arts voldoende voorzorgen heeft genomen en bij het nemen van zijn beslissing optimaal werd omringd.

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat een ethisch debat per definitie nooit gesloten is. De spectaculaire ontwikkeling van de geneeskunde maakt dat de mens voor situaties komt te staan waarmee zijn voorouders nooit te maken kregen. En alles laat vermoeden dat die evolutie niet aan haar eindpunt toe is. Situaties in verband met het levenseinde zijn thans heel wat complexer dan honderd jaar geleden, want thans is het mogelijk de patiënt kunstmatig in leven te houden.

Het ter bespreking voorliggend wetsontwerp pretendeert evenwel het debat definitief te sluiten, door een zeer nauwgezette procedure in te stellen, na afronding waarvan de arts het recht verkrijgt om het leven van een

les simples erreurs administratives et pour les abus manifestes. Comment les auteurs de l'amendement comptent-ils concilier cette méthode avec un système de gradation des peines ?

Mme Joke Schauvliege (CD&V) répond que la règle doit être que l'euthanasie est un crime. Mais, compte tenu de certaines circonstances exceptionnelles, l'état de nécessité doit pouvoir être invoqué.

M. Luc Goutry (CD&V) rappelle que l'état de nécessité recouvre un ensemble d'hypothèses plus large que la seule euthanasie. Le but n'est pas de trouver une solution au cas par cas, mais d'insérer dans le Code pénal une règle générale.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) remarque que le comportement du groupe CD&V diffère sensiblement de celui adopté par le groupe CD&V du Sénat. Au Sénat, les parlementaires CD&V avaient voulu faire preuve d'esprit constructif en faisant des contre-propositions à la majorité. Mais à la Chambre, les députés CD&V tentent d'imposer purement et simplement leur point de vue via des amendements. Or, la solution juridique préconisée par Mme Schauvliege et M. Goutry manque en sécurité. Elle consiste à confier l'appréciation de chaque cas d'espèce à un juge qui l'examinera en fonction de ses propres options philosophiques et des valeurs de son temps. Le but du législateur doit au contraire être de définir clairement les valeurs qu'il entend préserver absolument, actuellement et à l'avenir.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) estime que l'inscription simultanée de l'euthanasie et de l'état de nécessité dans le Code pénal est la seule méthode permettant de concilier certaines situations, sur le caractère exceptionnel desquelles elle insiste vigoureusement, avec l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. Il faut également s'assurer de ce que le médecin a pris suffisamment de précautions et a été suffisamment entouré dans sa décision.

M. Luc Goutry (CD&V) fait observer qu'un débat éthique n'est, par définition, jamais clos. L'évolution extraordinaire des moyens médicaux met l'homme devant des situations où ses ancêtres ne se sont jamais trouvés. Et tout porte à penser que cette évolution n'est pas terminée. Les situations de fin de vie sont actuellement beaucoup plus complexes qu'il y a cent ans, car il est maintenant possible de maintenir le patient en vie de manière artificielle.

Le projet de loi à l'examen prétend au contraire clore définitivement le débat, en créant une procédure précise, au terme de laquelle le médecin obtient le droit de mettre un terme à la vie du patient. Ce texte tend à auto-

patiënt te beëindigen. Deze tekst wil een automatisme inbouwen, wat onaanvaardbaar is wanneer het om een mensenleven gaat.

Een ander aspect van het probleem is dat de tekst een tendens vertoont die kan leiden tot een rolvervaging tussen wet en plichtenleer. De wetgever zou zich wat bescheidener moeten opstellen en niet langer de artsen mogen voorschrijven op welke wijze zij de geneeskunst moeten beoefenen.

matiser les choses, ce qui n'est pas admissible lorsque l'on parle de vie humaine.

Un autre aspect du problème est la confusion des rôles que le projet tend à créer entre la loi et la déontologie. Le législateur devrait faire preuve de plus d'humilité et s'abstenir de dicter aux médecins la façon dont ils doivent pratiquer leur art.

Art. 6

Art. 6

Dit artikel stelt een commissie in om de toepassing van de wet te evalueren.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) is van mening dat de samenstelling van de commissie, zoals ze door het wetsontwerp is vastgesteld, tot een verregaande politisering ervan zal leiden. Een en ander berust op de eeuwige Belgische misvatting als zou een verhoging van het aantal leden volstaan om het pluralisme te waarborgen. Gelet op de vereiste tweederde meerderheid om beslissingen te nemen, zal die samenstelling iedere politieke strekking een blokkeringsrecht binnen de commissie geven. Ter afronding van zijn betoog dient de spreker amendement nr 20 in, dat ertoe strekt de artikelen 6 tot 13 van het ontwerp te schrappen.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) voegt daaraan toe dat de evaluatiecommissie werd opgericht naar het model van die welke op vraag van de CD&V na de goedkeuring van de abortuswet werd ingesteld. Die commissie gaf evenwel geen voldoening. Niemand is geïnteresseerd in de werkzaamheden ervan en het wordt zelfs moeilijk om mensen bereid te vinden er lid van te worden. Tal van politieke ambtsdragers nemen genoegen met die situatie, want ze zijn er beducht voor dat de publieke opinie al te veel aandacht aan de rapporten van die commissie zou wijden. Het bestaan van soortgelijke evaluatiecommissies kan de werking van het gerechtelijk apparaat uiteindelijk alleen maar verstoren.

De heer Luc Goutry (CD&V) heeft een aantal vragen bij enkele technische aspecten van de werking van de commissie :

— hoe is men tot de keuze voor een aantal van zestien leden gekomen ? Zo de indieners van de tekst de mening toegedaan zijn dat die commissie te weinig werk zal hebben, is zestien een veel te hoog aantal. Wil men die commissie een belangrijke rol laten spelen, dan moet in een ruimere samenstelling worden voorzien zodat ze alle dossiers kan behandelen;

— welke meerderheid is *in concreto* vereist om een beslissing te nemen ? De tekst voorziet in een tweederde meerderheid. Maar het aantal leden van de commissie, met name zestien, is niet deelbaar door drie;

Cet article crée une commission chargée d'évaluer l'application de la loi.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) estime que la composition de la commission telle qu'elle est définie par le projet de loi tend à une politisation extrême de celle-ci. Cela repose sur l'éternelle illusion belge selon laquelle en accumulant les quotas, on garantit le pluralisme. Vu la majorité des deux tiers exigée pour la prise de décisions, cette composition donnera à chaque tendance politique un droit de blocage au sein de la commission. En conclusion, l'orateur dépose un amendement n° 20 visant à supprimer les article 6 à 13 du projet.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) ajoute que la commission d'évaluation est inspirée de celle qui fut mise en place à la demande du CD&V lors de l'adoption de la loi relative à l'avortement. Cependant cette commission n'a pas donné satisfaction. Son travail ne retient l'attention de personne, et il devient même difficile de trouver des personnes prêtes à en devenir membre. Bon nombre de mandataires politiques se satisfont de cette situation, car ils ne voudraient pas que l'opinion publique soit trop attirée sur ses rapports. L'existence de ce genre de commissions d'évaluation ne peut, en définitive, que perturber le fonctionnement de l'appareil judiciaire.

M. Luc Goutry (CD&V) s'interroge sur quelques aspects techniques du fonctionnement de la commission :

— comment le nombre de seize membres a-t-il été choisi ? Si les auteurs du texte pensent que cette commission aura peu de travail, seize est un nombre beaucoup trop élevé. Si l'on envisage de donner un rôle important à cette commission, il faut prévoir une composition plus large afin de traiter tous les dossiers;

— quelle est concrètement la majorité exigée pour prendre une décision ? Le texte prévoit une majorité des deux tiers. Mais le nombre de membres de la commission, soit seize, n'est pas divisible par trois;

— Wordt de vereiste meerderheid berekend op grond van de effectieve leden alleen of worden de plaatsvervangers ook in aanmerking genomen ?

— Wat gebeurt er indien de beide voorzitters afwezig zijn ? Kan de commissie dan rechtsgeldig beraadslagen en besluiten ?

— De voorwaarden voor benoeming in de commissie zijn te vaag. Wat verstaat men onder « kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten » ?

— Is het niet gevaarlijk de commissie zelf haar huishoudelijk reglement te laten vaststellen ? Wat gebeurt er als ze dat niet doet ? Wat moet dat huishoudelijk reglement bevatten ?

— Het begrip pluralisme waarnaar wordt verwezen in verband met de samenstelling van de commissie mist elke juridische inhoud. Zou niet moeten worden gepreciseerd waarover het gaat ?

De heer Joseph Arens (PSC) dient de amendementen nrs 64 en 65 in, die ertoe strekken de samenstelling van de commissie te wijzigen. Amendement nr 64 luidt :

« In § 2, eerste lid, de woorden « op basis van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de commissie behoren » vervangen door de woorden « wegens hun kennis, hun ervaring en hun belangstelling voor medisch-ethische kwesties, alsook voor het lenigen van pijn bij het begeleiden van het levenseinde ».

VERANTWOORDING

Het lijkt ons een tautologie om de bekwaamheid die van de commissieleden wordt vereist, te bepalen aan de hand van de bevoegdheid van de commissie. Overigens wordt die bevoegdheid niet nader omschreven.

Volgens ons is terzake niet alleen gewone theoretische kennis van groot belang, maar ook praktijkervaring en interesse voor zowel medisch-ethische kwesties als het lenigen van pijn.

De indieners van het wetsontwerp vinden euthanasie immers gerechtvaardigd als het erom gaat het ondraaglijk lijden van een patiënt te verlichten. Een en ander moet daadwerkelijk kunnen worden gecontroleerd, anders verwordt deze procedure tot een louter administratieve controle. » (DOC 50 1488/006, nr 64).

Amendement nr 65 luidt als volgt :

« In § 2, eerste lid, de volgende wijzigingen aanbrengen :

a) de zin « Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, van wie er minstens vier hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit. » vervangen door de zin « Vier leden zijn praktiserende doctors in de geneeskunde met

— La majorité exigée est-elle calculée sur la base des seuls membres effectifs, ou bien les suppléants entrent-ils en compte ?

— Qu'advient-il si les deux présidents sont absents ? La commission peut-elle délibérer valablement en leur absence ?

— Les conditions de nomination au sein de la commission sont trop vagues. Qu'entend-on par « milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable » ?

— N'est-il pas risqué de laisser à la commission le soin d'adopter son règlement d'ordre intérieur ? Que se passe-t-il si elle reste en défaut de le faire ? Que doit contenir ce règlement d'ordre intérieur ?

— Le concept de pluralisme auquel il est référé pour la composition de la commission n'a aucune consistance juridique. Ne faudrait-il pas préciser de quoi il s'agit ?

M. Joseph Arens (PSC) dépose les amendements nos 64 et 65 visant à modifier la composition de la commission. L'amendement n° 64 est rédigé comme suit :

« Au § 2, alinéa 1er, remplacer les mots « sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission » par les mots « en raison de leurs connaissances, de leur expérience et de leur intérêt pour les questions d'éthique médicale et de soulagement de la douleur dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie ».

JUSTIFICATION

Cela nous paraît une tautologie de définir la compétence que doivent avoir les membres de la commission par la compétence que cette commission a, compétence qui n'est par ailleurs pas plus amplement définie.

Il nous semble qu'outre de simples connaissances théoriques, une expérience pratique et un intérêt tant pour les questions d'éthique médicale que pour les questions de soulagement de la douleur sont importantes dans cette matière.

En effet, le recours à l'euthanasie reste justifié par les auteurs de la proposition par une volonté de soulager les souffrances inapaisables du patient. Il importe de pouvoir contrôler ce point de manière effective, sous peine de voir cette procédure se transformer en une simple vérification administrative. » (DOC 50 1488/006, n° 64).

L'amendement n° 65 est rédigé comme suit :

« Au § 2, alinéa 1er, apporter les modifications suivantes :

a) remplacer la phrase « Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. » par les mots « Quatre membres sont des docteurs en médecine en activité ayant

een nuttige beroepservaring van ten minste tien jaar inzake palliatieve zorg; van hen zijn er ten minste twee hoogleraar aan een universiteit en twee huisarts. »;

b) tussen de woorden « of advocaat » en de woorden « Vier leden », de woorden « met een nuttige beroepservaring van ten minste tien jaar » invoegen;

c) de zin « Vier leden komen uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten. » vervangen door de zin « Twee leden zijn prominenten uit verenigingen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van ongeneeslijke of terminale patiënten en die, hetzij erkend zijn, hetzij kunnen aantonen dat zij sinds ten minste vijf jaar daadwerkelijk op dat vlak actief zijn. »;

d) dit lid aanvullen met wat volgt : « Vier leden zijn hoogleraar aan een universiteit met een vakbekwaamheid op het stuk van de medische ethiek en met een nuttige ervaring van ten minste tien jaar : twee van hen maken deel uit van de faculteit geneeskunde en twee van de faculteit rechten, wijsbegeerte, psychologie of sociologie. Twee leden zijn praktiserende verpleegkundigen met een nuttige ervaring van ten minste tien jaar. ».

VERANTWOORDING

a) Het is van belang dat de artsen in de commissie nog steeds een praktijk hebben.

Aangezien de indieners van het wetsontwerp vinden dat het lijden van de patiënt een voorwaarde vormt ter rechtvaardiging van euthanasie, is het van belang na te gaan of de patiënt een allesomvattende, op zijn gezondheidstoestand afgestemde behandeling heeft genoten. In het licht daarvan is een nuttige ervaring op het stuk van de palliatieve zorg een onontbeerlijke vereiste.

b) Het is van belang dat ook de juristen of advocaten kunnen bogen op een nuttige beroepservaring van ten minste tien jaar.

c) Er moet in een gegarandeerde vertegenwoordiging worden voorzien van de erkende verenigingen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van ongeneeslijke of terminale patiënten. Het gaat hier om de verenigingen die zich hebben gespecialiseerd in palliatieve zorg, maar ook om de verenigingen die opkomen voor de rechten van bepaalde categorieën van patiënten.

d) Behalve ethici moeten ook praktiserende verpleegkundigen met een nuttige beroepservaring van ten minste tien jaar in de commissie zitting hebben. » (DOC 50 1488/006, nr 65).

Volgens *de heer Bart Laeremans (Vlaams Blok)* is amendement nr 64 van de heer Arens niet nauwkeurig genoeg. Het begrip « specialist in medisch-ethische kwesties » is nergens gedefinieerd.

une expérience professionnelle utile de dix années au moins en matière de soins palliatifs, dont deux au moins sont professeurs dans une université et deux sont omnipraticiens. »;

b) entre les mots « avocats », et les mots « quatre membres » insérer les mots « ayant une expérience professionnelle utile de dix années au moins »;

c) remplacer la phrase « Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable. » par la phrase « Deux membres sont des personnalités issues d'associations agréées spécialisées dans l'accompagnement des patients incurables ou en fin de vie, agréées ou pouvant justifier d'une activité effective depuis au moins cinq ans. »;

d) compléter cet alinéa comme suit : « Quatre membres sont des professeurs d'université, compétents en matière d'éthique médicale et ayant une expérience professionnelle utile de dix années au moins : deux sont issus des facultés de médecine et deux sont issus des facultés de droit, de philosophie, de psychologie ou de sociologie. Deux membres sont des praticiens de l'art infirmier en activité ayant une expérience professionnelle utile de dix années au moins. ».

JUSTIFICATION

a) Il importe que les médecins faisant partie de la Commission soient des médecins toujours en activité.

En outre, l'euthanasie restant justifiée par les auteurs par rapport à la souffrance du patient, il importe de vérifier si le patient a bénéficié d'un accompagnement global adéquat par rapport à son état. Une expérience utile en matière de soins palliatifs semble indispensable à ce niveau.

b) Il importe que les juristes ou avocats aient aussi une expérience professionnelle utile de dix années au moins.

c) Une représentation des associations agréées spécialisées dans l'accompagnement des patients incurables ou en fin de vie doit être garantie. Sont visées les associations spécialisées dans les soins palliatifs, mais aussi les associations pour la défense des droits de certains types de patients.

d) Des éthiciens doivent faire partie de la composition de la Commission ainsi que des praticiens de l'art infirmier ayant une expérience professionnelle utile d'au moins dix ans. » (DOC 50 1488/006, n° 65).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) estime que l'amendement n° 64 de M. Arens manque de précision. La notion de « spécialiste en éthique médicale » n'est définie nulle part.

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 66 in, luidend :

« *In § 2, het laatste lid vervangen door de volgende leden :*

« De commissie kan alleen geldig beraadslagen en advies uitbrengen als alle leden aanwezig zijn.

In de adviezen van de commissie worden de verschillende standpunten vermeld. ».

VERANTWOORDING

Het is van belang dat alle leden van de commissie aanwezig zijn wanneer de commissie beraadslaagt en advies uitbrengt in het kader van haar in artikel 8 bedoelde controletaak. De commissie mag haar bevoegdheid niet aan een beperkte kamer overdragen en ermee volstaan het werk van deze kamer te bekrachtigen.

In navolging van de procedure vastgesteld voor het Belgisch Raadgevend Comité voor bio-ethiek, moeten in de adviezen van de commissie de verschillende standpunten worden vermeld. » (DOC 50 1488/006, nr 66).

Dezelfde indiener dient amendement nr 67 in, dat luidt als volgt :

« In § 2, derde lid, de woorden « voor een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd » vervangen door de woorden « voor een termijn van twee jaar, die één keer kan worden verlengd ».

VERANTWOORDING

Het is belangrijk dat er vaker een hernieuwing van de leden van de commissie wordt opgelegd om te voorkomen dat deze leden onafzetbare quasi-rechters worden. » (DOC 50 1488/006, nr 67).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) verklaart dat de amendementen nrs 66 en 67 bovenmatig zijn. De commissie ertoe verplichten alleen in aanwezigheid van al haar leden uitspraak te doen, is overdreven. De spreker is het daarentegen eens met de heer Gourty wat de aanwezigheid van de voorzitter betreft. Hij stelt voor in de tekst op te nemen dat de aanwezigheid van ten minste een van de twee voorzitters vereist is.

De heer Annemans c.s. (Vlaams Blok) dienen amendement nr 20 in dat de weglating beoogt van de artikelen 6 tot 13.

Het luidt als volgt :

« Dit hoofdstuk schrappen.

M. Joseph Arens (PSC) dépose un amendement n° 66 rédigé comme suit :

« Remplacer le dernier alinéa du § 2 par ce qui suit :

« La commission ne peut délibérer et rendre un avis valablement que si la totalité de ses membres sont présents.

Les avis de la Commission mentionnent les divers point de vue exprimés. ».

JUSTIFICATION

Il importe que l'ensemble des membres de la Commission soit présent lorsque la Commission délibère et rend un avis dans le cadre de sa mission de contrôle visée à l'article 8. La Commission ne peut déléguer son pouvoir à une chambre restreinte et entériner purement et simplement le travail de cette chambre.

En outre, à l'instar de la procédure prévue pour le Comité consultatif de Bioéthique belge, les avis de la Commission doivent rendre compte des divers points de vue exprimés. » (DOC 50 1488/006, n° 66).

Le même auteur dépose encore un amendement n° 67 rédigé comme suit :

« Au § 2, alinéa 3, remplacer les mots « pour un terme renouvelable de quatre ans » par les mots « pour un terme de deux ans renouvelable une fois ».

JUSTIFICATION

Il importe d'imposer un renouvellement plus fréquent des membres de la Commission afin d'éviter que ses membres ne se transforment en quasi-juges inamovibles. » (DOC 1488/006, n° 67).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) déclare que les amendements nos 66 et 67 manquent de mesure. Contraindre la commission à ne statuer qu'en présence de tous ses membres est excessif. Par contre, l'orateur se joint à M. Goutry en ce qui concerne la présence des présidents. Il suggère d'inscrire dans le texte que la présence d'au moins un des deux présidents est requise.

M. Annemans et consorts (Vlaams Blok) déposent l'amendement n° 20, visant à supprimer les articles 6 à 13.

Il est rédigé comme suit :

« Supprimer ce chapitre.

VERANTWOORDING

In subsidiaire orde op basis van een eerder ingediend amendement waarbij werd voorgesteld om het ganse wetsontwerp te schrappen omdat de indieners van oordeel zijn dat de euthanasieproblematiek niet dient te worden weggehaald uit de strafrechtelijke sfeer, zijn de indieners van dit amendement de mening toegedaan dat de oprichting van een commissie overbodig is.

Daarnaast en los van deze stelling biedt een dergelijke commissie, zoals voorgesteld in het wetsontwerp, geen garantie op efficiënte resultaten.

Een vergelijking met de Nationale Evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wetgeving betreffende de zwangerschapsafbreking dringt zich op.

Om de twee jaar dient de Nationale Evaluatiecommissie ten behoeve van het Parlement een verslag op te stellen over de toepassing van de wetgeving betreffende de zwangerschapsafbreking.

*De Nationale Evaluatiecommissie werd voor het eerst samengesteld bij koninklijk besluit van 4 juli 1991 (*Belgisch Staatsblad *van 16 juli 1991). Zij werd laattijdig hernieuwd bij koninklijk besluit van 16 september 1996 (*Belgisch Staatsblad *van 5 oktober 1996) dat met terugwerkende kracht uitwerking kreeg met ingang van 4 juli 1995. In het* Belgisch Staatsblad *verscheen recent tot drie maal toe tevergeefs een oproep tot de kandidaten voor een mandaat van lid van de Nationale Evaluatiecommissie, namelijk op 12 mei 2001, op 6 juli 2001 en op 23 augustus 2001. Een vierde oproep verscheen in het* Belgisch Staatsblad *van 23 oktober 2001. De kandidaatstellingen dienden uiterlijk op 30 november 2001 aan de voorzitter van de Senaat te worden gericht.*

In het voorliggende wetsontwerp is geen enkele garantie ingebouwd dat de zogenaamde Federale Controle en Evaluatiecommissie efficiënt haar werkzaamheden zal kunnen ontplooien. Bovendien zijn samenstellingsproblemen zoals in de Nationale Evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wetgeving betreffende de zwangerschapsafbreking niet onmogelijk.

Een en ander kan er toe bijdragen dat het werk van de commissie op de lange baan wordt geschoven en dat de werking zelf van de commissie door inertie kan stilvallen, waardoor er een ernstig vacuüm kan ontstaan. De voorgestelde modaliteiten zijn derhalve onvoldoende stringent. » (Amendement nr 20, DOC 50 1488/003).

Mevrouw Van de Casteele (VU&ID) dient samen met de heer Borginon een als volgt luidend amendement in :

« Paragraaf 3 vervangen als volgt :

« § 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op. Voor de uitoefening van haar controletaken, bedoeld in artikel 8, kan de commissie uit haar leden een Nederlandstalige en een Franstalige kamer samenstellen. ».

JUSTIFICATION

En ordre subsidiaire, et se fondant sur un amendement qu'ils ont déposé antérieurement, tendant à supprimer l'ensemble du projet de loi au motif que la problématique de l'euthanasie ne doit pas être extraite du contexte pénal, les auteurs du présent amendement estiment qu'il est superflu de créer une commission.

Au demeurant, et abstraction faite des considérations précitées, rien ne garantit qu'une commission telle que celle dont la création est proposée par le projet de loi engrangera des résultats.

Une comparaison s'impose avec la Commission nationale d'évaluation de l'application de la loi sur l'interruption de grossesse.

Tous les deux ans, la Commission nationale d'évaluation doit établir, à l'attention du Parlement, un rapport sur l'application de la loi sur l'interruption de grossesse.

*Constituée, pour la première fois, par l'arrêté royal du 4 juillet 1991 (*Moniteur belge *du 16 juillet 1991), la Commission nationale d'évaluation a été renouvelée tardivement par l'arrêté royal du 16 septembre 1996 (*Moniteur belge *du 5 octobre 1996), qui a produit ses effets, avec effet rétroactif, le 4 juillet 1995. Un appel aux candidats à un mandat de membre de la Commission nationale d'évaluation a récemment été publié en vain, par trois fois, au* Moniteur belge*, à savoir les 12 mai, 6 juillet et 23 août 2001. Un quatrième appel aux candidats a été publié au* Moniteur belge *du 23 octobre 2001. Les candidatures devaient être adressées au président du Sénat le 30 novembre 2001 au plus tard.*

Le présent projet de loi ne garantit aucunement que la Commission fédérale dite de contrôle et d'évaluation pourra travailler efficacement. De plus, il n'est pas impossible qu'elle soit difficile à constituer, comme ce fut le cas pour la Commission nationale d'évaluation de l'application de la loi sur l'interruption de grossesse.

Plusieurs éléments peuvent contribuer à reporter indéfiniment les travaux de la Commission et à bloquer le fonctionnement de cette dernière pour cause d'inertie. Cela peut être à l'origine d'un vide sérieux, et les modalités proposées ne sont, dès lors, pas suffisamment contraignantes. » (Amendement no 20, DOC 50 1488/003).

Mme Van de Casteele (VU&ID) dépose, avec M. Borginon, un amendement rédigé comme suit :

« Remplacer le § 3 par ce qui suit :

« § 3. La commission arrête son règlement d'ordre intérieur. Pour l'exercice de ses missions de contrôle, visées à l'article 8, la commission peut constituer en son sein une chambre française et une chambre néerlandaise. ».

VERANTWOORDING

Om de efficiëntie van de commissie te garanderen is een werking in kamers aangewezen. » (Amendement nr 7, DOC 50 1488/002).

Art. 7

De heren Tony Van Parys, Luc Goutry, José Vande Walle en mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) dienen amendement nr 37 in, luidende :

« In het eerste lid, de woorden « de commissie » vervangen door de woorden « de Koning ».

VERANTWOORDING

Het wetsontwerp stelt dat de federale evaluatiecommissie zelf het registratiedocument opstelt.

Blijkbaar heeft de wet van 13 augustus 1990 tot oprichting van de evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking model gestaan : ook hier bepaalt de wet dat de commissie zelf het registratiedocument opstelt.

Dat was geen eenvoudige opdracht en uiteindelijk is de registratie van zwangerschapsafbrekingen pas op 1 oktober 1992 aangevat, dit is ruim twee jaar na de inwerkingtreding van de wet van 3 april 1990. Zoals de tekst van het ontwerp luidt, kan de commissie dat document maar opstellen na de inwerkingtreding van de wet en nadat de commissie werd samengesteld, wat ook een tijdrovende aangelegenheid zal zijn. Vermits bij hypothese de wet van toepassing is en het naleven van de meldingsplicht niet wordt gesanctioneerd, kan euthanasie straffeloos en zonder enige controle achteraf worden verricht. Als die situatie een of twee jaar aansleept, dreigen dan geen praktijken te ontstaan die achteraf niet meer kunnen worden teruggeschroefd ?

Het is derhalve aangewezen dat de Koning dit document opstelt; bovendien moet het document beschikbaar zijn vanaf de eerste dag dat de wet in werking treedt. » (DOC 50 1488/005).

De Luc Goutry (CD&V) heeft volgende vragen :

— In het ontworpen artikel 7, 2° tot 4° moet telkens de woonplaats van de behandelende, de geraadpleegde arts of de personen die werden geraadpleegd, worden opgegeven. In het ontworpen artikel 7, 5° moet daarentegen het adres van de vertrouwenspersoon niet worden opgegeven. Waarom niet ?

— In het tweede deel van het registratiedocument moet de woonplaats evenmin worden opgegeven. Aangezien de Federale Controle- en Evaluatiecommissie van

JUSTIFICATION

Pour garantir le bon fonctionnement de la commission, il est indiqué de prévoir qu'elle travaillera par chambres. » (Amendement no 7, DOC 50 1488/002).

Art. 7

MM. Tony Van Parys, Luc Goutry, José Vande Walle et Mme Joke Schauvliege (CD&V) présentent un amendement n° 37, libellé comme suit :

« À l'alinéa 1er, remplacer les mots « La commission » par les mots « Le Roi ».

JUSTIFICATION

Le projet de loi dispose que la commission d'évaluation fédérale établit elle-même le document d'enregistrement.

L'on s'est manifestement inspiré de la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse : en l'espèce aussi, la loi dispose que la commission établit elle-même le document d'enregistrement.

Ce n'était pas une tâche aisée et, finalement, l'enregistrement des interruptions de grossesse n'a commencé que le 1er octobre 1992, donc plus de deux ans après l'entrée en vigueur de la loi du 3 avril 1990. Aux termes du texte du projet, la commission ne pourra rédiger ce document qu'une fois que la loi sera entrée en vigueur et que la commission sera constituée, ce qui prendra également du temps. Comme la loi est applicable par hypothèse et que le respect de l'obligation de communication n'est pas sanctionné, l'euthanasie peut être pratiquée impunément et sans aucun contrôle a posteriori. Si cette situation traîne un an ou deux, ne risque-t-on pas de voir naître des pratiques auxquelles il sera ensuite difficile de mettre fin ?

Il faut donc que ce soit le Roi qui établisse ce document; qui plus est, celui-ci doit être disponible le premier jour de l'entrée en vigueur de la loi. » (DOC 50 1488/005).

M. Luc Goutry (CD&V) pose les questions suivantes :

— L'article 7, 2° à 4°, en projet prévoit que le domicile du médecin traitant, du médecin et des personnes qui ont été consultés doit chaque fois être mentionné, alors que l'article 7, 5°, en projet ne prévoit pas que le domicile de la personne de confiance doit être mentionné. Pourquoi ?

— Le domicile ne doit pas non plus être mentionné dans le deuxième volet du document d'enregistrement. L'intervenant estime que ce n'est pas logique, étant

dit deel wel kennis neemt, is dit volgens de spreker niet logisch. Of heeft dit een bedoeling ?

— Waarom moet in het ontworpen artikel 7, 2° en 3° de woonplaats worden opgegeven als al het registratienummer wordt gevraagd. Via het registratienummer kunnen deze gegevens toch worden bekomen ?

— Volgens de spreker hebben de woorden « woonplaats » in de Nederlandse tekst en « *domicile* » in de Franse tekst niet dezelfde draagwijdte. In de omgangstaal wordt onder « woonplaats », de gemeente verstaan terwijl onder « *domicile* » het volledige adres.

— De Federale Controle- en Evaluatiecommissie zal eveneens wetenschappelijk werk verrichten zoals bijvoorbeeld de opmaak van statistieken. Het is dan ook aangewezen met dit element bij de samenstelling van deze commissie rekening te houden. Ter bevordering van de kwaliteit van de statistieken dient de spreker samen met *mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) en de heer Jospeh Arens (PSC)* amendement n^{r} 104 in, dat in het vierde lid, punt 2 beoogt aan te vullen als volgt : *« Onder de plaats wordt verstaan een gedetailleerde opgave van bijvoorbeeld de instelling of het ziekenhuis waar de euthanasie werd uitgevoerd; ».*

VERANTWOORDING

Dit is van belang voor de statistieken en het onderzoek dat men wil doen. » (DOC 50 1488/008).

— Het eerste deel van het registratiedocument is vertrouwelijk en in geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietaak. Dit deel kan dan ook nooit worden gebruikt voor de opmaak van statistieken. Hij wenst hierover zekerheid te hebben.

— Over het ontworpen artikel 7, 12°, « de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen », wordt niet veel toelichting gegeven. Er wordt enkel gezegd dat de euthanasie zorgvuldig moet gebeuren. Wordt dit dan volledig overgelaten aan de behandelende arts ?

De middelen om over te gaan tot euthanasie moeten efficiënt en comfortabel zijn. Uit een rapport van de SCEN-artsen (SCEN = Steun en consultatie bij Euthanasie in Nederland) blijkt dat hier weinig transparantie bestaat.

Tot slot merkt hij op dat in het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt (DOC 50 1642/001) voortdurend sprake is van het inzagerecht van de patiënt of zijn vertrouwenspersoon in al de medische gegevens van deze patiënt.

donné que la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation prend connaissance de ce volet. Ou y a-t-il une raison à cela ?

— Pourquoi l'article 7, 2° et 3°, en projet impose-t-il l'indication du domicile, alors qu'il demande déjà le numéro d'enregistrement ? Le numéro d'enregistrement ne permet-il précisément pas de retrouver ces données ?

— L'intervenant estime que les mots « *woonplaats* » dans le texte néerlandais et « domicile » dans le texte français n'ont pas la même portée. Dans le langage courant, « *woonplaats* » vise la commune, alors que « domicile » vise l'adresse complète.

— La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation devra également réaliser un travail scientifique, comme par exemple l'élaboration de statistiques. Il serait dès lors souhaitable de tenir compte de cet élément lors de la composition de cette commission. En vue d'améliorer la qualité des statistiques, l'intervenant présente, avec *Mme Joke Schauvliege (CD&V)* et *M. Joseph Arens (PSC),* un amendement (n° 104), visant à compléter le 2° de l'alinéa 4 par les mots *« par « le lieu », il y a lieu d'entendre une indication détaillée de l'établissement ou de l'hôpital où l'euthanasie a été pratiquée; ».*

JUSTIFICATION

Une telle indication est importante pour les statistiques et pour la vérification à laquelle il sera procédé » (DOC 50 1488/008).

— Le premier volet du formulaire d'enregistrement est confidentiel et la commission ne pourra en aucun cas se baser sur celui-ci dans sa tâche d'évaluation. Ce volet ne pourra donc jamais être utilisé pour établir des statistiques. Le membre souhaiterait pouvoir être certain qu'il en sera bien ainsi.

— L'article 7, 12°, en projet « la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés » n'est guère explicité. Il est seulement indiqué que l'euthanasie doit être pratiquée avec soin. Cet aspect est-il dès lors laissé à la seule appréciation du médecin traitant ?

Les moyens utilisés pour effectuer l'euthanasie doivent être efficaces et confortables. Il ressort d'un rapport du *SCEN* (*SCEN = Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*) qu'il règne une certaine opacité en ce domaine.

Pour terminer, l'intervenant fait observer que dans le projet de loi relatif aux droits du patient (DOC 50 1642/001), il est constamment question du droit qu'a le patient ou sa personne de confiance de prendre connaissance de toutes les données médicales relatives à ce patient.

Hij wenst te vernemen of het registratiedossier dat eigenlijk een medisch dossier is, raadpleegbaar is door de vertrouwenspersoon.

De vertegenwoordiger van de minister van Justitie verwijst naar artikel 9, § 4, van het ontwerp van wet :

« … § 4. Na het overlijden van de patiënt hebben de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt, via een door de verzoeker aangewezen beroepsbeoefenaar, het in § 2 bedoelde recht op inzage voor zover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecifieerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. De aangewezen beroepsbeoefenaar heeft ook inzage in de in § 2, derde lid bedoelde persoonlijke notities … ».

De vertegenwoordiger van de minister van Volksgezondheid antwoordt dat het voorzien is in het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënten (DOC 50 1642/001) dat er een inzagerecht in het dossier is, voor bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon, indien men een gewettigd belang kan aantonen.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) wenst te weten hoe de verzegeling zal gebeuren.

Om de controlemogelijkheid mogelijk te maken, pleit de spreker voor een registratiedocument dat bestaat uit 1 deel en niet uit 2 delen zoals bepaald in voorliggend ontwerp. De verzegeling van het eerste deel van dit document zal daarenboven de opmaak van statistieken bemoeilijken. Hij acht een strikte scheiding tussen het anonieme en het niet-anonieme gedeelte niet opportuun.

De spreker vreest dan ook dat de commissie niet de nodige controle zal kunnen uitoefenen.

Volgens *mevrouw Joke Schauvliege (CD&V)* heeft men nagelaten een overgangsbepaling te voorzien waardoor men de nodige tijd krijgt om op een behoorlijke manier dit registratiedocument op te stellen en de betreffende commissie samen te stellen.

Mevrouw Jacqueline Herzet (MR) merkt op dat de begrippen « woonplaats » in het Nederlands en « *domicile* » in het Frans, moeten worden begrepen in de betekenis zoals gegeven in het Burgerlijk Wetboek.

De verzegeling gebeurt met een stempel.

De heer Stef Goris (VLD) merkt op dat het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt nog moet worden gestemd. De spreker is geen voorstander van amendement nr 37.

Wat betreft de doeltreffendheid van de geneesmiddelen en de wijze waarop de euthanasie wordt toegepast, heeft de spreker het volste vertrouwen in de deontologie van de geneesheren.

Wat de bemerking van mevrouw Schauvliege betreft, merkt de spreker op dat artikel 7 duidelijk stipuleert welke gegevens moeten worden vermeld in het registratiedocument. Daarenboven zal deze wet conform artikel 16

Le membre souhaiterait savoir si le dossier d'enregistrement du patient, qui est en fait un dossier médical, peut être consulté par la personne de confiance.

Le représentant du ministre de la Justice renvoie à l'article 9, § 4 du projet de loi :

« … § 4. Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, par l'intermédiaire du praticien professionnel désigné par le demandeur, le droit de consultation, visé au § 2, pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément. Le praticien désigné consulte également les annotations personnelles visées au § 2, alinéa 3 … ».

La représentante du ministre de la Santé publique répond que le projet de loi sur les droits du patient (DOC 50 1642/001) prévoit qu'il y a un droit de consultation du dossier pour une personne de confiance, par exemple, qui peut justifier d'un intérêt légitime.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) demande de quelle manière le document sera scellé.

Pour permettre le contrôle, l'intervenant préconise que l'on utilise un document d'enregistrement se composant d'un seul volet, et non pas de deux volets comme cela est prévu dans le projet de loi à l'examen. Le fait que le premier volet de ce document soit scellé rendra en outre plus difficile l'établissement de statistiques. Il estime qu'une stricte séparation entre le volet anonyme et le volet non anonyme n'est pas opportune.

L'intervenant craint dès lors que la commission ne puisse pas exercer le contrôle requis.

Selon *Mme Joke Schauvliege (CD&V)*, on a négligé de prévoir une disposition transitoire permettant de disposer du délai nécessaire pour établir ce document d'enregistrement en bonne et due forme et réunir la commission concernée.

Mme Jacqueline Herzet (MR) fait observer que la notion de « domicile » doit s'interpréter conformément à la définition donnée par le Code civil.

Le document est scellé par l'apposition d'un cachet.

M. Stef Goris (VLD) fait remarquer que le projet de loi relatif aux droits du patient doit encore être voté. L'intervenant n'est pas favorable à l'amendement n° 37.

Il a une confiance absolue en la déontologie des médecins pour ce qui est de l'efficacité des médicaments utilisés et la façon de pratiquer l'euthanasie.

À propos de la remarque de Mme Schauvliege, l'intervenant fait observer que l'article 7 précise clairement quelles sont les données qui doivent figurer sur le document d'enregistrement. En outre, conformément à son

pas in werking treden ten laatste drie maanden na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad.*

De heer Jospeh Arens (PSC) dient achtereenvolgens de amendementen nrs 68, 69, 70 en 71 in.

Ze luiden als volgt :

— amendement nr 68 :

« In het tweede lid, de volgende wijzigingen aanbrengen :

a) in het 2°, de woorden « de behandelende arts » vervangen door de woorden « de arts die het registratiedocument heeft ingevuld »;

b) in het 4°, de woorden « die de behandelende arts heeft geraadpleegd, en » vervangen door de woorden « die werden geraadpleegd door de arts die het registratiedocument heeft ingevuld, alsook ».

VERANTWOORDING

De arts die euthanasie heeft toegepast en het registratiedocument heeft ingevuld (artikel 5), is niet noodzakelijk de behandelende arts. In geval van twijfel kan de commissie de anonimiteit opheffen, vooral om aldus kennis te nemen van het medisch dossier. De eenvoudigste manier om dit te doen, is via de arts die euthanasie heeft toegepast en dat is niet noodzakelijk de behandelende arts. » (DOC 50 1488/006).

— amendement nr 69 :

« In het tweede lid, 5°, het woord « betrokken » vervangen door de woorden « en van de getuigen die zijn opgetreden ».

VERANTWOORDING

In geval van twijfel moet de anonimiteit van zowel de vertrouwenspersoon als de getuigen worden opgeheven.

Als de arts overeenkomstig de wet heeft gehandeld, bevat het medisch dossier in principe de wilsverklaring, waarin de vertrouwenspersoon en de getuigen worden aangewezen. Om bij twijfel een grondige controle te kunnen uitvoeren, moet de commissie kennis nemen van dit medisch dossier. » (DOC 50 1488/006).

— amendement nr 70 :

« In het tweede lid, een 6° (nieuw)*, invoegen, luidend als volgt :*

« 6° de naam, voornamen en woonplaats van de persoon die het schriftelijk verzoek of de wilsverklaring heeft opgesteld in plaats van de patiënt, overeenkomstig artikel 3, § 4, of overeenkomstig artikel 4, § 1, vierde lid. ».

article 16, la loi a l'examen entrera en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au *Moniteur belge*.

M. Jospeh Arens (PSC) présente successivement les amendements nos 68, 69, 70 et 71.

Ces amendements sont libellés comme suit :

— amendement n° 68 :

« À l'alinéa 2, apporter les modifications suivantes :

a) dans le 2°, remplacer les mots « médecin traitant » par les mots « médecin qui a complété le document d'enregistrement »;

b) dans le 4°, remplacer les mots « médecin traitant » par les mots « médecin qui a complété le document d'enregistrement ».

JUSTIFICATION

Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie et complété le document d'enregistrement (article 5) n'est pas nécessairement toujours le médecin traitant. En cas de doute, la levée de l'anonymat permet essentiellement à la Commission de prendre connaissance du dossier médical. Elle peut y avoir accès le plus simplement en contactant le médecin qui a pratiqué l'euthanasie, lequel n'est pas toujours le médecin traitant. » (DOC 50 1488/006).

— amendement n° 69 :

« A l'alinéa 2, 5°,remplacer les mots « qui est (sont) intervenue(s) » par les mots « ainsi que des témoins qui sont intervenus ».

JUSTIFICATION

En cas de doute, l'anonymat doit être levé tant en ce qui concerne la personne de confiance que les témoins.

Bien qu'en principe, si le médecin a agi conformément à la loi, la déclaration anticipée doit se trouver dans le dossier médical avec l'indication de la personne de confiance et des témoins. Or, pour exercer un véritable contrôle en cas de doute, la Commission doit prendre connaissance de ce dossier médical. » (DOC 50 1488/006).

— amendement n° 70 :

« À l'alinéa 2, insérer un 6° (nouveau)*, rédigé comme suit :*

« 6° les nom, prénoms et domicile de la personne qui a rédigé la demande écrite ou la déclaration anticipée à la place du patient dans le cadre de l'article 3, § 4, ou de l'article 4, § 1er, alinéa 4. ».

VERANTWOORDING

Het is van wezenlijk belang te beschikken over de gegevens van de persoon die een schriftelijk euthanasieverzoek of een wilsverklaring heeft opgesteld in plaats van een patiënt die weliswaar bij bewustzijn was, maar niet bij machte het document op te stellen. » (DOC 50 1488/006).

— amendement nr 71 :

« Het vierde lid, 4°, aanvullen als volgt :

« of, indien de patiënt niet bij bewustzijn was, de gegevens op grond waarvan de arts heeft kunnen besluiten dat de patiënt zich bevond in een toestand van bewustzijnsverlies die volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar was. ».

VERANTWOORDING

Bij artikel 4 van het wetsontwerp worden een specifieke procedure en specifieke criteria vastgelegd voor euthanasie op een patiënt die niet bij bewustzijn is. Het is wenselijk dat de toetsing daadwerkelijk betrekking heeft op al die punten. Aangezien een patiënt die niet bij bewustzijn is in een uiterst kwetsbare positie verkeert, moet hem een grotere bescherming geboden worden tegen de eventuele misbruiken waarvan hij het slachtoffer zou kunnen worden. » (DOC 50 1488/006).

Bij het nagaan van de inhoud van de twee delen van het registratiedocument, moet *de heer Bart Laeremans (Vlaams Blok)* vaststellen dat inderdaad niets voorzien is voor personen die buiten bewustzijn zijn. De commissie kan dan ook onmogelijk nagaan of een wilsverklaring al of niet noodzakelijk was. Daarenboven zou men desgevallend de verzegeling van het tweede gedeelte van het dossier moeten verbreken.

De heer Stef Goris (VLD) merkt op dat al deze elementen deel uitmaken van het medisch dossier dat door de commissie kan worden opgevraagd (artikel 8 van het wetsontwerp).

Hij verwijst naar het ontworpen artikel 4, § 1, waar sprake is van een wilsverklaring voor het geval dat later de handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige zijn wil niet meer zou kunnen uiten. Het is dan ook niet nodig om dit te herhalen in artikel 7.

Daarenboven moet conform het ontworpen artikel 7, in het publieke tweede deel van het registratiedocument « de aard van de ernstige en ongeneeslijke ziekte … » en « de procedure die de arts gevolgd heeft », worden vermeld.

Overeenkomstig artikel 8 mag men ook niet uit het oog verliezen dat de commissie, indien zij dit wenst, steeds kennis kan nemen van het volledige medische

JUSTIFICATION

Il est essentiel de disposer des coordonnées de la personne qui a rédigé une requête écrite d'euthanasie ou une déclaration anticipée à la place du patient conscient, mais qui n'était pas en état de la rédiger. » (DOC 50 1488/006).

— amendement n° 71 :

« À l'alinéa 4, compléter le 4° par les mots :

« ou, si le patient était inconscient, les éléments qui ont permis au médecin de conclure que le patient se trouvait dans une situation d'inconscience irréversible selon l'état actuel de la science. ».

JUSTIFICATION

L'article 4 de la proposition a énoncé une procédure et des critères spécifiques concernant l'euthanasie d'un patient inconscient. Il convient que la vérification porte réellement sur tous ces éléments. Le patient inconscient étant dans une situation d'extrême vulnérabilité, il importe de lui accorder une protection accrue face aux abus éventuels dont il pourrait faire l'objet. » (DOC 50 1488/006) ».

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) constate, en examinant le contenu des deux volets du document d'enregistrement, que rien n'est, en effet, prévu pour les personnes inconscientes. La commission ne sera dès lors pas en mesure de vérifier si une déclaration anticipée est ou non nécessaire. Il faudrait en outre, le cas échéant, rompre les scellés du second volet.

M. Stef Goris (VLD) fait observer que tous ces éléments font partie du dossier médical, qui peut être demandé par la commission (article 8 du projet de loi).

Il se réfère à l'article 4, § 1er, du projet, qui prévoit une déclaration anticipée pour le cas où le majeur ou mineur émancipé capable ne pourrait plus manifester sa volonté ultérieurement. Il n'est dès lors pas nécessaire de répéter à l'article 7 que le deuxième volet peut contenir ces éléments.

Il convient en outre, conformément à l'article 7 en projet, de faire état, dans le deuxième volet du document d'enregistrement, qui est public, de « la nature de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable … » et de « la procédure suivie par le médecin ».

Il ne faut pas non plus perdre de vue que, conformément à l'article 8, la commission peut, si elle le souhaite, toujours prendre connaissance de l'intégralité du dos-

dossier van de betrokkene. Heel de medische voorgeschiedenis van de patiënt kan zij aldus nagaan.

Met betrekking tot amendement nr 70 van de heer Arens meent *mevrouw Jacqueline Herzet (MR)* dat het ontworpen artikel 3, § 4, tegemoetkomt aan de vrees van de indiener.

De heer Jospeh Arens (PSC) dient vervolgens achtereenvolgens de amendementen nrs 72, 73, 74 en 75 in. Ze luiden als volgt :

— amendement nr 72 :

« In het vierde lid, het punt 8° vervangen door de volgende bepaling :

« 8° indien de patiënt een schriftelijk verzoek om euthanasie of een wilsverklaring heeft opgesteld of doen opstellen, ongeacht op welke manier of op welke datum; ».

VERANTWOORDING

Overeenstemming met de artikelen 3 en 4. Het is van belang na te gaan of er een schriftelijk verzoek om euthanasie (dat verplicht wordt gesteld door het wetsontwerp) of een wilsverklaring bestaat, en of die werden geredigeerd met inachtneming van de door de wet voorgeschreven vormvereisten. Die controle is bijzonder belangrijk indien dat verzoek of die verklaring door een derde werd opgesteld. Dat laatste gegeven zou, gelet op de ernst ervan, mijns inziens op zich de opheffing van de anonimiteit van het document moeten kunnen rechtvaardigen. Het is tevens van belang te kunnen natrekken hoeveel tijd verlopen is tussen het schriftelijk verzoek of de wilsverklaring en de euthanasie. Zoniet gaat het niet om een echte controle. » (DOC 50 1488/006).

De heer Stef Goris (VLD) meent dat dit amendement overbodig is en alleen aanleiding zal geven tot verwarring.

— amendement nr 73 :

*« AIn het vierde lid, tussen 8 ° en 9°, een nieuw punt 8°*bis *invoegen, luidend als volgt :*

*« 8°*bis*. of de patiënt vóór of na het schriftelijk euthanasieverzoek zijn vraag herhaaldelijk heeft herroepen; ».*

VERANTWOORDING

Tot het einde van de procedure moet worden nagegaan of wel degelijk rekening werd gehouden met de eventuele intrekkingen door de patiënt van zijn verzoek. » (DOC 50 1488/006).

sier médical de l'intéressé. Elle peut donc examiner l'ensemble des antécédents médicaux du patient.

En ce qui concerne l'amendement n° 70 de M. Arens, *Mme Jacqueline Herzet (MR)* estime que l'article 3, § 4, en projet répond aux craintes de l'auteur.

M. Jospeh Arens (PSC) présente ensuite successivement les amendements nos 72, 73, 74 et 75, libellés comme suit :

— amendement n° 72 :

« À l'alinéa 4, remplacer le 8° par ce qui suit :

« 8° si le patient a rédigé ou fait rédiger une demande écrite d'euthanasie ou une déclaration anticipée, de quelle manière et à quelle date; ».

JUSTIFICATION

Conformité avec les articles 3 et 4. Il importe de vérifier s'il existe une demande écrite d'euthanasie (obligatoire selon la proposition) ou une déclaration anticipée, et si celles-ci ont été rédigées dans les formes prescrites par la loi. Ce contrôle est particulièrement important si cette demande ou cette déclaration a été rédigée par un tiers. Ce dernier élément, vu sa gravité, devrait, à mon sens, pouvoir justifier à lui seul la levée de l'anonymat du document. Il importe aussi de pouvoir vérifier le délai qui s'est écoulé entre la demande écrite ou la déclaration anticipée et l'euthanasie. À défaut, il ne s'agit pas d'un véritable contrôle. » (DOC 50 1488/006).

M. Stef Goris (VLD) estime que cet amendement est superflu et prêtera uniquement à confusion.

— amendement n° 73 :

*« A l'alinéa 4, insérer un 8°*bis (nouveau)*, rédigé comme suit :*

*« 8°*bis*. si la demande écrite d'euthanasie a été précédée ou suivie par plusieurs révocations de la part du patient; ».*

JUSTIFICATION

Il importe de vérifier si l'on a bien tenu compte des éventuelles rétractations du patient jusqu'au bout de la procédure.» (DOC 50 1488/006).

— amendement nr 74 :

« In het vierde lid, het 9° aanvullen met wat volgt :

« meer bepaald wat betreft de informatie die aan de patiënt is verstrekt, de medische en morele begeleiding die hij heeft gekregen, de palliatieve zorg die hem eventueel is verleend, alsook de data waarop de gesprekken met de patiënt zijn gevoerd en die waarop hij om euthanasie heeft gevraagd. ».

VERANTWOORDING

De gesprekken met de patiënt, de informatie die hem is verstrekt, de medische en morele begeleiding die hij heeft gekregen, de palliatieve zorg die hem is verleend : het zijn allemaal essentiële gegevens om het gedrag van de arts in een specifiek geval correct te kunnen beoordelen. » (DOC 50 1488/006).

— amendement nr 75 :

« In het vierde lid, 11°, tussen de woorden « geraadpleegd zijn » en de woorden « en de data », de woorden « , hun advies » invoegen.

VERANTWOORDING

Het is essentieel dat de Commissie zich kan uitspreken over het bestaan van een echte dialoog, in het bijzonder tussen de arts enerzijds en het verplegend team en de verwanten anderzijds.

Een korte nota over het advies van alle personen die geraadpleegd zijn, moet in dit tweede deel worden opgenomen teneinde de commissie in staat te stellen na te gaan hoe de arts de beslissing heeft genomen. De arts is steeds alleen verantwoordelijk voor zijn daden. De dialoog met de verwanten en het verzorgend team mag evenwel niet worden opgevat als een loutere formaliteit. » (DOC 50 1488/006).

De heer Stef Goris (VLD) benadrukt dat deze gegevens allemaal reeds deel uitmaken van het medisch dossier.

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat tot op heden geen enkele wettekst bepaalt wat een medisch dossier moet omvatten. Het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt zal voor de eerste maal definiëren wat hieronder moet worden verstaan. Deze definitie is evenwel niet toepasbaar in het wetsontwerp betreffende de euthanasie.

Geen enkele geneesheer is verplicht om een medisch dossier bij te houden. Daarenboven kan hij zich altijd beroepen op het medisch geheim. Hij sluit zich dan ook aan bij de amendementen van de heer Arens.

— amendement n° 74 :

« À l'alinéa 4, compléter le 9° comme suit :

« en particulier, concernant l'information donnée au patient, l'accompagnement médical et moral dont il a bénéficié, les soins palliatifs éventuels qui lui ont été administrés, les dates des entretiens menés avec le patient, et les dates auxquelles des demandes d'euthanasie ont été formulées par le patient. ».

JUSTIFICATION

Les entretiens avec le patient, l'information qui lui est donnée, l'accompagnement tant moral que médical dont il a bénéficié, ainsi que le soins palliatifs qu'il a reçus sont des données essentielles pour évaluer correctement le comportement du médecin dans un cas d'espèce. » (DOC 50 1488/006).

— amendement n° 75 :

« À l'alinéa 4, 11°, entre les mots « par le médecin » et les mots « et les dates » insérer les mots « , leurs avis ».

JUSTIFICATION

Il est essentiel que la Commission puisse se prononcer sur l'existence d'un véritable dialogue particulièrement entre le médecin d'une part, et l'équipe soignante et les proches d'autre part.

Une brève note concernant l'avis de toutes les personnes qui ont été consultées doit figurer dans ce deuxième volet pour permettre à la Commission de vérifier comment la décision a été prise par le médecin. Le médecin est toujours seul responsable de ses actes. Toutefois, le dialogue avec les proches et l'équipe soignante ne peut se résumer à une pure formalité. » (DOC 50 1488/006).

M. Stef Goris (VLD) souligne que toutes ces données relèvent déjà du dossier médical.

M. Luc Goutry (CD&V) fait observer que, jusqu'à présent, aucun texte de loi ne fixe les données que doit contenir un dossier médical. Le projet de loi relatif aux droits du patient en donnera pour la première fois une définition. Cette définition n'est toutefois pas applicable dans le cadre du projet de loi relatif à l'euthanasie.

Aucun médecin n'est obligé de tenir un dossier médical. En outre, il peut toujours invoquer le secret professionnel. L'intervenant souscrit dès lors aux amendements de M. Arens.

De heer Stef Goris (CD&V) repliceert dat elke geneesheer die in de toekomst euthanasie pleegt, zich zal moeten houden aan de bepalingen van voorliggend wetsontwerp.

Mevrouw Anne-Marie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) sluit zich hierbij aan en verwijst naar het ontworpen artikel 3, § 2, 3°, dat bepaalt dat de geraadpleegde arts inzage neemt van het medisch dossier. In tegenstelling tot wat de heer Goutry meent, is elke arts in een ziekenhuis verplicht een medisch dossier bij te houden, zoals bepaald in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen. Huisartsen worden gefinancierd voor het bijhouden van een globaal medisch dossier.

De heer Luc Goutry (CD&V) verwijst in deze context naar zijn amendement nr 103 (DOC 50 1488/007) dat bepaalt dat de Koning de vorm, de inhoud en de modaliteiten van het medisch dossier vaststelt.

Hierop aansluitend dient *de heer Jospeh Arens (PSC)* amendement nr 76 in. Het luidt als volgt :

« Het vierde lid aanvullen met een punt 13° (nieuw)*, luidend als volgt :*

« 13° de vermelding van de stukken die in het medisch dossier zitten. ».

VERANTWOORDING

Het medisch dossier is van cruciaal belang voor de controle op de medische en verpleegkundige handelingen, in het bijzonder voor de controle op euthanasiërende handelingen. Er moet gestreefd worden naar een zo volledig mogelijk dossier. Alleen al de vermelding van de stukken die in het dossier zitten, kan interessant zijn bij een evaluatie van de wet. » (DOC 50 1488/006).

Mevrouw Anne-Marie Van De Casteele en de heer Fons Borginon (VU&ID) dienen amendement nr 8 in, luidende :

« A. In het tweede lid, 3°, het woord « euthanasieverzoek » vervangen door de woorden « het verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding ».

B. In het vierde lid, 12°, na het woord « euthanasie » de woorden « of hulp bij zelfdoding » invoegen. » (DOC 50 1488/002).

Voor de toelichting van amendement nr 104, wordt verwezen naar de bespreking van artikel 9.

Art. 8

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) meent dat artikel 8 heel wat onduidelijkheden bevat. Om dit te verhel-

M. Stef Goris (CD&V) réplique que chaque médecin qui pratiquera à l'avenir une euthanasie devra s'en tenir aux dispositions du projet de loi à l'examen.

Mme Anne-Marie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) partage ce point de vue et renvoie à l'article 3, § 2, 3°, en projet, qui dispose que le médecin consulté prend connaissance du dossier médical. Contrairement à ce que pense M. Goutry, tout médecin hospitalier est tenu d'établir un dossier médical conformément à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux. Les généralistes sont rétribuées pour la tenue d'un dossier médical global.

M. Luc Goutry (CD&V) renvoie, dans ce contexte, à son amendement n° 103 (DOC 1488/007), qui prévoit que le Roi fixe la forme et le contenu du dossier médical, ainsi que les conditions qu'il doit remplir.

Dans le prolongement de cet amendement, *M. Jospeh Arens (PSC)* présente l'amendement n° 76, libellé comme suit :

« Compléter l'alinéa 4 par un 13° (nouveau), *rédigé comme suit :*

« 13° la mention des documents figurant au dossier médical. ».

JUSTIFICATION

Le dossier médical est crucial pour le contrôle des actes médicaux et infirmiers, en particulier pour le contrôle des actes d'euthanasie. L'objectif est que ce dossier soit le plus complet possible. Une simple mention des documents qui s'y trouvent peut être intéressante dans le cadre d'une évaluation de la loi. » (DOC 50 1488/006).

Mme Anne-Marie Van De Casteele et M. Fons Borginon (VU&ID) présentent l'amendement n° 8, libellé comme suit :

« A. À l'alinéa 2, 3°, de cet article, ajouter les mots « ou d'assistance au suicide » après les mots « demande d'euthanasie ».

B. À l'alinéa 4, 12°, insérer, après le mot « euthanasie », les mots « ou l'assistance au suicide ». » (DOC 50 1488/002).

Pour le commentaire de l'amendement n° 104, il est renvoyé à la discussion de l'article 9.

Art. 8

Mme Joke Schauvliege (CD&V) estime que l'article 8 est très imprécis. Afin d'y remédier, elle présente avec

pen dient zij samen met *de heren Tony Van Parys, Luc Goutry en José Vande Walle (CD&V)* het amendement nr 38 in. Het luidt als volgt :

« De volgende wijzigingen aanbrengen :

a) tussen het eerste en tweede lid een nieuw lid invoegen, dat luidt als volgt :

« De behandelende arts wordt zo snel mogelijk op de hoogte gebracht van de in vorige lid bedoelde beslissing van de commissie om de anonimiteit op te heffen. Op zijn vraag wordt hij gehoord door de commissie »;

b) in het derde lid, dat het vierde lid wordt, de woorden « tweederde meerderheid » vervangen door de woorden « gewone meerderheid »;

c) het derde lid, dat het vierde lid wordt, aanvullen als volgt :

« De arts die de euthanasie toepaste, wordt zo snel mogelijk op de hoogte gebracht van deze beslissing. ».

VERANTWOORDING

A. Een overgrote meerderheid van de leden van de commissie volksgezondheid is van oordeel dat de behandelende arts de kans moet krijgen zijn handelswijze toe te lichten wanneer de commissie beslist om de anonimiteit op te heffen. Het is het recht van de arts om zich te verdedigen als hij ervan verdacht wordt onzorgvuldig of onwettig te hebben gehandeld.

B. Er is geen enkele objectieve verantwoording die de noodzaak van een tweederde meerderheid verrechtvaardigt om vast te stellen dat de voorwaarden of procedures bepaald in artikel 3 en 4 niet zijn nageleefd.

Deze bepaling voorziet bovendien in een onaanvaardbare drempel om, volgens de filosofie van het wetsontwerp, het dossier over te maken aan het parket, en maakt blokkeringsminderheden mogelijk.

Indien maar de minste twijfel bestaat over het niet naleven van de voorwaarden en procedures voorzien in artikel 3 en 4 van het wetsontwerp, dient het dossier te worden overgezonden aan de procureur des Konings.

C. De rechten van verdediging vereisen dat de arts op de hoogte wordt gebracht van de beslissing van de commissie. De Raad van State bevestigt dit. » (DOC 50 1488/005).

De heer Stef Goris (VLD) meent dat in dergelijke delicate zaken de vereiste van een bijzondere meerderheid in de commissie om een dossier over te zenden aan de procureur des Konings zeker gerechtvaardigd is. Daarenboven kan het parket altijd ambtshalve optreden.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vreest dat een kleine minderheid van deze commissie haar eigen stempel zal kunnen drukken op de werking van deze commissie en zelfs alles zal kunnen blokkeren.

MM. Tony Van Parys, Luc Goutry et José Vande Walle (CD&V) l'amendement n° 38, libellé comme suit :

« Apporter les modifications suivantes :

a) entre les alinéas 2 et 3, insérer un nouvel alinéa, libellé comme suit :

« Le médecin traitant est informé le plus rapidement possible de la décision de la commission de lever l'anonymat, visée à l'alinéa précédent. À sa demande, il est entendu par la commission.»;

b) à l'alinéa 3, qui devient l'alinéa 4, remplacer les mots « majorité des deux tiers » par les mots « majorité simple »;

c) compléter l'alinéa 3, qui devient l'alinéa 4, comme suit :

« Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie est informé le plus rapidement possible de cette décision. ».

JUSTIFICATION

A. Une très large majorité des membres de la commission de la Santé publique estime que le médecin traitant doit avoir l'opportunité d'expliquer sa conduite lorsque la commission décide de lever l'anonymat. Le médecin a le droit de se défendre lorsqu'il est suspecté de négligence ou d'acte illégal.

B. Aucune raison objective ne justifie l'obligation d'obtenir une majorité des deux tiers pour constater que les conditions ou procédures définies aux articles 3 et 4 n'ont pas été respectées.

Cette disposition va en outre à l'encontre de la philosophie du projet de loi en prévoyant un tel seuil, inacceptable, pour pouvoir transmettre le dossier au parquet et en permettant des minorités de blocage.

S'il existe le moindre doute quant au non-respect des conditions et procédures prévues aux articles 3 et 4 du projet de loi, le dossier doit être transmis au procureur du Roi.

C. Les droits de la défense requièrent que le médecin soit informé de la décision de la commission. Le Conseil d'État le confirme. » (DOC 50 1488/005).

*M. Stef Goris (VLD) e*stime que des matières aussi délicates justifient qu'une majorité spéciale soit requise au sein de la commission pour transmettre le dossier au procureur du Roi. En outre, le parquet a toujours la possibilité d'intervenir d'office.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) craint qu'une petite minorité ne marque le fonctionnement de cette commission de son empreinte et puisse même tout bloquer.

Mevrouw Anne-Mie Van De Casteele en de heer Fons Borginon (VU&ID) dienen amendement nr 10 in, luidende :

« A. In het eerste lid, de eerste zin vervangen als volgt :

« Binnen de evaluatiecommissie onderzoekt iedere kamer, respectievelijk voor de Vlaamse en de Franse Gemeenschap, het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is overgezonden. »

B. In dit artikel, het woord « commissie » telkens vervangen door het woord « kamer ».

VERANTWOORDING

Om de efficiëntie van de commissie te garanderen, is een werking in kamers aangewezen. » (DOC 50 1488/002). ».

Mevrouw Anne-Mie Van De Casteele en de heer Fons Borginon (VU&ID) dienen amendement nr 9 in. Het luidt als volgt :

« In het eerste lid, vijfde zin, na het woord « euthanasie » de woorden « of hulp bij zelfdoding » invoegen. » (DOC 50 1488/002).

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) dient amendement nr 38 in, luidend als volgt :

« De volgende wijzigingen aanbrengen :

a) tussen het eerste en tweede lid een nieuw lid invoegen, dat luidt als volgt :

« De behandelende arts wordt zo snel mogelijk op de hoogte gebracht van de in vorige lid bedoelde beslissing van de commissie om de anonimiteit op te heffen. Op zijn vraag wordt hij gehoord door de commissie »;

b) in het derde lid, dat het vierde lid wordt, de woorden « tweederde meerderheid » vervangen door de woorden « gewone meerderheid »;

c) het derde lid, dat het vierde lid wordt, aanvullen als volgt :

« De arts die de euthanasie toepaste, wordt zo snel mogelijk op de hoogte gebracht van deze beslissing. ».

VERANTWOORDING

A. Een overgrote meerderheid van de leden van de commissie volksgezondheid is van oordeel dat de behandelende arts de kans moet krijgen zijn handelswijze toe te lichten wanneer de commissie beslist om de anonimiteit op te heffen. Het is het recht van de arts om zich te verdedigen als hij ervan verdacht wordt onzorgvuldig of onwettig te hebben gehandeld.

B. Er is geen enkele objectieve verantwoording die de noodzaak van een tweederde meerderheid verrecht-

Mme Anne-Mie Van de Casteele et M. Fons Borginon (VU&ID) présentent l'amendement n° 10, libellé comme suit :

« A. À l'alinéa 1er, remplacer la première phrase comme suit :

« Au sein de la commission d'évaluation, chaque chambre examine, respectivement pour la Communauté française et la Communauté flamande, le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. »

B. À cet article, remplacer le mot « commission » chaque fois par le mot « chambre ».

JUSTIFICATION

Pour garantir le bon fonctionnement de la commission, il est indiqué de prévoir qu'elle travaillera par chambres. » (DOC 50 1488/002).

Mme Anne-Mie Van de Casteele et M. Fons Borginon (VU&ID) présentent l'amendement n° 9, libellé comme suit :

« À l'alinéa 1er, cinquième phrase, insérer, après le mot « euthanasie », les mots « ou à l'assistance au suicide ». » (DOC 50 1488/002).

Mme Joke Schauvliege (CD&V) présente l'amendement n° 38, libellé comme suit :

« Apporter les modifications suivantes :

a) entre les alinéas 2 et 3, insérer un nouvel alinéa, libellé comme suit :

« Le médecin traitant est informé le plus rapidement possible de la décision de la commission de lever l'anonymat, visée à l'alinéa précédent. À sa demande, il est entendu par la commission. »;

b) à l'alinéa 3, qui devient l'alinéa 4, remplacer les mots « majorité des deux tiers » par les mots « majorité simple »;

c) compléter l'alinéa 3, qui devient l'alinéa 4, comme suit :

« Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie est informé le plus rapidement possible de cette décision. ».

JUSTIFICATION

A. Une très large majorité des membres de la commission de la Santé publique estime que le médecin traitant doit avoir l'opportunité d'expliquer sa conduite lorsque la commission décide de lever l'anonymat. Le médecin a le droit de se défendre lorsqu'il est suspecté de négligence ou d'acte illégal.

B. Aucune raison objective ne justifie l'obligation d'obtenir une majorité des deux tiers pour constater que les

vaardigt om vast te stellen dat de voorwaarden of procedures bepaald in artikel 3 en 4 niet zijn nageleefd.

Deze bepaling voorziet bovendien in een onaanvaardbare drempel om, volgens de filosofie van het wetsontwerp, het dossier over te maken aan het parket, en maakt blokkeringsminderheden mogelijk.

Indien maar de minste twijfel bestaat over het niet naleven van de voorwaarden en procedures voorzien in artikel 3 en 4 van het wetsontwerp, dient het dossier te worden overgezonden aan de procureur des Konings.

C. De rechten van verdediging vereisen dat de arts op de hoogte wordt gebracht van de beslissing van de commissie. De Raad van State bevestigt dit. » (DOC 50 1488/005).

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) begrijpt niet waarom er een drempel in de vorm van een tweederde meerderheid wordt ingebouwd om een dossier aanhangig te kunnen maken. Hierover wordt geen objectieve verantwoording gegeven. Blijkbaar wil men ervoor zorgen dat er zo weinig mogelijk zaken bij het parket aanhangig worden gemaakt. Een gewone meerderheid is meer dan voldoende.

Verder moet de arts de kans krijgen om zijn handelswijze toe te lichten wanneer de anonimiteit wordt opgeheven. De rechten van de verdediging moeten worden nageleefd.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) is ervan overtuigd dat de artsen elkaar zullen beschermen en meent dan ook dat een gewone meerderheid volstaat.

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 77 in ter vervanging van de laatste drie volzinnen van het eerste lid van artikel 8. Het luidt als volgt :

« Indien de commissie bij gewone meerderheid besluit dat er twijfel over bestaat of een geval van geregistreerde euthanasie in overeenstemming is met de wet, wordt de anonimiteit opgeheven. Zij neemt kennis van het eerste deel van het registratiedocument en vraagt aan de behandelend arts elk element uit het medisch dossier op dat betrekking heeft op dat geval van euthanasie. ».

VERANTWOORDING

Dit amendement beoogt een betere formulering. De huidige formulering geeft geen enkele aanwijzing over de wijze waarop de commissie tot het besluit komt dat er twijfel bestaat over de wettigheid van een geregistreerd geval van euthanasie. Pas nadien wordt gestemd over het besluit om de anonimiteit op te heffen. Volgens de indiener dient eerst in behoorlijke vorm gestemd te worden over de vraag of het geval in overeenstemming is

conditions ou procédures définies aux articles 3 et 4 n'ont pas été respectées.

Cette disposition va en outre à l'encontre de la philosophie du projet de loi en prévoyant un tel seuil, inacceptable, pour pouvoir transmettre le dossier au parquet et en permettant des minorités de blocage.

S'il existe le moindre doute quant au non-respect des conditions et procédures prévues aux articles 3 et 4 du projet de loi, le dossier doit être transmis au procureur du Roi.

C. Les droits de la défense requièrent que le médecin soit informé de la décision de la commission. Le Conseil d'État le confirme. » (DOC 50 1488/005).

Mme Joke Schauvliege (CD&V) ne comprend pas pourquoi un seuil, sous la forme d'une majorité des deux tiers, a été établi pour pouvoir saisir un dossier. Aucune raison objective ne justifie ce choix. On veut manifestement que le moins de dossiers possible soient transmis au parquet. Une majorité ordinaire est plus que suffisante.

En outre, le médecin doit avoir l'opportunité d'expliquer sa conduite lorsque l'anonymat est levé. Les droits de la défense doivent être respectés.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) est convaincue que les médecins se protégeront et estime dès lors qu'une majorité simple suffit.

M. Joseph Arens (PSC) présente l'amendement n° 77 tendant à remplacer les trois dernières phrases de l'alinéa 1er de l'article 8. Cet amendement est libellé comme suit :

« Si la commission est d'avis, par décision prise à la majorité simple, que la conformité à la loi d'un cas d'euthanasie enregistré est douteuse, l'anonymat est levé. Elle prend connaissance du premier volet du document d'enregistrement et demande au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à ce cas d'euthanasie. ».

JUSTIFICATION

Meilleure formulation. La formulation actuelle ne donne aucune indication sur la manière dont la Commission en arrive à estimer que la conformité à la loi d'un cas d'euthanasie enregistré est douteuse. Il n'y a vote qu'ultérieurement sur la décision de lever l'anonymat. Il me semble qu'un vote devrait d'abord intervenir en bonne et due forme sur la question de la conformité à la loi. Si la commission estime à la majorité simple des voix que cette

met de wet. Indien de commissie bij gewone meerderheid oordeelt dat daar twijfel over bestaat, moet de anonimiteit worden opgeheven en moet men inzage nemen van het medisch dossier.

Het antwoord dat de twijfel van de commissie kan wegnemen over de vraag of een euthanasie in verdachte omstandigheden zou zijn uitgevoerd, is immers alleen maar te vinden in het medisch dossier van de patiënt. De commissie behoort daar inzage van te nemen indien ze werkelijk een controletaak wil vervullen.

Al kan de commissie te allen tijde besluiten nemen, betreft het willekeurige besluiten genomen op grond van het opportuniteitsbeginsel en er is geen sprake van een echte controle. » (DOC 50 1488/006).

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 78 in dat tot doel heeft duidelijk vast te stellen vanaf welk beginpunt de termijn van twee maanden begint te lopen. Het amendement luidt als volgt :

« In het tweede lid, de woorden « met ingang van de ontvangst van het registatiedocumenten » toevoegen.

VERANTWOORDING

Het is raadzaam de berekening van de termijn het beginpunt te vermelden. » (DOC 50 1488/006).

De heer Stef Goris (VLD) merkt op dat uit artikel 8 duidelijk blijkt dat de termijn van start gaat op het ogenblik dat de commissie kennis neemt van het document.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) wijst erop dat het wetsontwerp op dit punt onvoldoende duidelijk is. Ontvangst en kennisname vallen immers niet noodzakelijk samen. Het is bijvoorbeeld niet denkbeeldig dat de commissie niet onmiddellijk kennis neemt van de dossiers die haar worden voorgelegd, waardoor het risico ontstaat dat de dossiers zich beginnen op te stapelen. Ware het niet beter duidelijk te stellen dat de termijn van twee maanden ingaat bij de ontvangst van het document ?

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat het antwoord van de heer Goris verstrekkende gevolgen heeft. Wanneer de behandelende arts langer dan twee maanden wacht om gegevens uit het medisch dossier door te sturen naar de commissie, zal de commissie zich toch binnen die termijn moeten uitspreken. De arts wordt immers niet verplicht zijn gegevens onmiddellijk ter beschikking te stellen van de commissie !

De vertegenwoordiger van de minister van Justitie antwoordt dat de wet niet in sancties voorziet. Als het document te laat, maar binnen een redelijke termijn wordt bezorgd, wordt er waarschijnlijk niet gereageerd. Ingeval het document 6 maanden later wordt bezorgd, liggen de zaken uiteraard moeilijker maar is het niettemin beter dat een document wordt bezorgd dan helemaal

conformité est douteuse, alors l'anonymat doit être levé et le dossier médical doit être consulté.

La réponse pour dissiper les doutes de la commission quant à une euthanasie qui aurait été pratiquée dans des conditions douteuses, ne peut en effet être trouvée que dans le dossier médical du patient. La commission se doit de le consulter si elle veut effectuer une véritable mission de contrôle.

Si les décisions à prendre sont toujours de l'ordre du possible, il s'agit de décisions arbitraires prises en opportunité et il n'y a pas de véritable contrôle. » (DOC 50 1488/006).

M. Joseph Arens (PSC) présente l'amendement n° 78, qui tend à fixer clairement à partir de quel moment le délai de deux mois commence à courir. L'amendement est libellé comme suit :

« Compléter l'alinéa 2 par les mots « à dater de la réception du document d'enregistrement ».

JUSTIFICATION

Il convient d'indiquer le point de départ pour le calcul du délai. » (DOC 50 1488/006).

M. Stef Goris (VLD) estime qu'il ressort clairement de l'article 8 que le délai prend cours au moment où la commission prend connaissance du document.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) souligne que, sur ce point, le projet de loi manque de clarté. En effet, le moment où la commission reçoit le document ne coïncide pas nécessairement avec celui où elle en prend connaissance. Il n'est ainsi pas à exclure que la commission ne prenne pas connaissance immédiatement des documents qui lui sont soumis, avec le risque de voir les dossiers s'accumuler. Ne serait-il dès lors pas souhaitable de préciser que le délai de deux mois prend cours au moment de la réception du document ?

M. Goutry (CD&V) fait remarquer que la réponse de M. Goris a des conséquences importantes. Si le médecin traitant attend plus de deux mois avant d'envoyer des données du dossier médical à la commission, cette dernière devra malgré tout se prononcer dans ce délai. En effet, le médecin n'est pas tenu de mettre immédiatement ses informations à la disposition de la commission !

Le représentant du ministre de la Justice fait remarquer que la loi ne prévoit pas de sanctions. S'il rentre le document en dehors du délai mais tout en restant dans des limites raisonnables, il est fort probable que personne ne se manifeste. S'il remet le document 6 mois plus tard, c'est évidemment bien plus embarassant, dans la mesure où il vaut quand même mieux qu'un document soit

geen. Alleen de deontologische aansprakelijkheid is in het geding.

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 79 in, luidend als volgt :

« In het derde lid, de woorden « tweederde meerderheid » vervangen door de woorden « gewone meerderheid ».

VERANTWOORDING

De stemming met een tweederde meerderheid maakt het in de praktijk onmogelijk enig dossier over te zenden aan de procureur des Konings en zet de rechterlijke macht in werkelijkheid buiten spel. Een gewone meerderheid lijkt ons redelijker. » (DOC 50 1488/006).

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 80 in, luidend als volgt :

« Het artikel aanvullen met een nieuw lid, luidend als volgt :

« Alle adviezen van de commissie worden overgezonden aan de procureur des Konings van de plaats waar de patiënt overleden is. Deze kan, op eenvoudig verzoek, bij de commissie alle inlichtingen inwinnen of de mededeling van alle documenten vragen. ».

VERANTWOORDING

De bevoegdheid van het openbaar ministerie om te vervolgen mag niet belemmerd worden. Voor een efficiënte rechtsbedeling is het echter ook niet raadzaam de registratiedocumenten systematisch naar de procureur des Konings te sturen. De indiener van dit amendement bepaalt dat de wetsdokter een bufferrol kan spelen door een verslag toe te zenden aan de procureur des Konings. De indieners van dit voorstel wensen deze rol toe te kennen aan de evaluatiecommissie. Als deze commissie echter, zoals bepaald in het ontworpen artikel 8, de toepassing van de wet moet controleren en de registratiedocumenten moet inzamelen, moet zij haar vaststellingen doorgeven aan de bevoegde overheden, ongeacht of deze vaststellingen gunstig zijn voor de arts of niet. Dit amendement bepaalt daarom dat het advies van de commissie (en niet het gehele dossier) hoe dan ook wordt overgezonden aan de procureur des Konings die bevoegd is voor de plaats waar de patiënt overlijdt. Vervolgens beslist de procureur des Konings of hij het geval meer in detail gaat onderzoeken. De commissie moet antwoorden op elke vraag om inlichtingen of om mededeling van documenten die de procureur des Konings stelt, ook al betreft deze vraag een dossier waarover de commissie een gunstig advies heeft uitgebracht. » (DOC 50 1488/006).

rentré que pas du tout. Seule sa responsabilité déonthologique devrait être entamée.

M. Joseph Arens (PSC) présente l'amendement n° 79, libellé comme suit :

« À l'alinéa 3, remplacer les mots « des deux tiers » par les mots « simple ».

JUSTIFICATION

Le vote à la majorité des deux tiers rend impossible dans la pratique tout renvoi au procureur du Roi et court-circuite dans les faits le contrôle du pouvoir judiciaire. Une majorité simple nous semble plus raisonnable. » (DOC 50 1488/006).

M. Joseph Arens (PSC) présente un amendement n° 80, libellé comme suit :

« Compléter cet article par un nouvel alinéa, rédigé comme suit :

« Tout avis de la commission est transmis au procureur du Roi du lieu du décès du patient. Celui-ci peut, sur simple demande, recueillir tout renseignement ou requérir la communication de tout document auprès de la commission. ».

JUSTIFICATION

Il importe, d'une part, de ne pas entraver le pouvoir de poursuite du ministère public. D'autre part, il ne paraît pas opportun d'un point de vue d'efficacité judiciaire, que les documents d'enregistrement soient systématiquement renvoyés au procureur du Roi. L'auteur du présent amendement prévoyait que le médecin légiste pourrait jouer un rôle de tampon en renvoyant un rapport au procureur du Roi. Les auteurs de la présente proposition souhaitent voir confier ce rôle à la commission d'évaluation. Toutefois, si la commission, comme le prévoit l'article 8 proposé, est amenée à contrôler l'application de la loi, en collectant les divers documents d'enregistrement, elle se doit de communiquer ses constatations aux autorités compétentes, peu importe que ces constatations soient favorables ou non au médecin concerné. Le présent amendement prévoit donc que l'avis de la commission (et non le dossier dans son entièreté) est transmis, en tout état de cause, au procureur du Roi du lieu du décès du patient. Il appartient ensuite au procureur du Roi de décider s'il examine le cas de manière plus approfondie ou pas. La commission doit répondre à toute demande de renseignement ou de communication de document émanant du procureur du Roi, même si cette demande concerne un dossier pour lequel la commission aurait émis un avis favorable. » (DOC 50 1488/006).

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 81 in, luidend als volgt :

« Het laatste lid aanvullen als volgt :

« Dat zal meer bepaald in de volgende situaties het geval zijn :

1° indien het lid of zijn echtgenoot persoonlijk belang bij de zaak heeft;

2° indien het lid of zijn echtgenoot bloed- of aanverwant is van de arts die het registratiedocument heeft ingevuld, of van de betrokken patiënt in de rechte lijn of in de zijlijn tot in de vierde graad, of indien dat lid bloed- of aanverwant in de voormelde graad is van de echtgenoot van de betrokken arts of van de betrokken patiënt;

3° indien het lid vermoedelijk erfgenaam of begiftigde is van de arts of van de betrokken patiënt, of indien die arts of die patiënt vermoedelijk erfgenaam of begiftigde van dat lid is;

4° indien het lid een vennoot is van de arts of indien het lid en die arts door een arbeidsovereenkomst zijn gebonden of indien een van hen werkt in een instelling, een vereniging of een departement dat door de andere wordt geleid;

5° indien het lid door de betrokken arts ontvangen is op diens kosten of geschenken van hem heeft ontvangen;

6° indien het lid de arts is die het registratiedocument heeft ingevuld;

7° indien er tussen het lid en de betrokken arts of de overleden patiënt een hoge graad van vijandschap bestaat; indien er tussen hen aanrandingen, mondelinge of schriftelijke beledigingen of bedreigingen hebben plaatsgehad.

In dat geval wordt ambtshalve een vervanger aangewezen volgens de procedure in artikel 6, § 2, derde lid, om het lid te vervangen dat zich onthoudt. ».

VERANTWOORDING

Dit amendement is ingegeven door de artikelen 828 en volgende van het Gerechtelijk Wetboek betreffende de wrakingsgronden van de rechters. Aangezien de commissie een controlefunctie moet vervullen, die in principe tot de bevoegdheid van de rechterlijke macht behoort, en beslissingen moet nemen, die tot gevolg zullen hebben dat een aantal dossiers uit de sfeer van het gerecht zullen blijven, dient men te bepalen dat een aantal situaties voor een lid van de commissie een reden kunnen vormen om zich van de stemming te onthouden, indien hij bij de inzage van het tweede deel van het geregistreerde document merkt dat er in het bijzondere geval ten aanzien van zichzelf een « wrakingsgrond » bestaat. In dat geval wordt een plaatsvervanger aangewezen. De onverenigbaarheids- en wrakingsgronden moeten ook ten aanzien van de plaatsvervanger worden gecontroleerd. » (DOC 50 1488/006).

M. Joseph Arens (PSC) présente un amendement n° 81, libellé comme suit :

« Compléter le dernier alinéa par ce qui suit :

« Ainsi en sera-t-il notamment dans les cas suivants :

1° lorsque le membre ou son conjoint a un intérêt personnel à l'affaire;

2° lorsque son conjoint est parent ou allié du médecin ayant complété le document d'enregistrement ou du patient concerné, en ligne directe ou en ligne collatérale jusqu'au quatrième degré; ou si ce membre est parent ou allié au degré indiqué ci-dessus du conjoint du médecin ou du patient concerné;

3° lorsque le membre est héritier présomptif ou donataire du médecin ou du patient concerné ou si ce médecin ou ce patient est l'héritier présomptif ou le donataire de ce membre;

4° lorsque le membre est associé du médecin ou lorsque le membre et ce médecin sont liés par un contrat de louage de travail, ou si l'un travaille dans un établissement, une association ou un département que l'autre dirige;

5° lorsque le membre a été reçu par le médecin concerné à ses frais ou a agréé de lui des présents;

6° lorsque le membre est le médecin qui a complété le document d'enregistrement;

7° s'il y a inimitié capitale entre le membre et le médecin concerné ou le patient décédé; s'il y a eu entre eux agressions, injures ou menaces, verbales ou écrites.

Dans ce cas, un membre suppléant est désigné d'office, selon la procédure prévue à l'article 6, § 2 alinéa 3, pour remplacer le membre qui s'abstient. ».

JUSTIFICATION

Cet amendement s'inspire des articles 828 et suivantes du Code judiciaire relatifs aux causes de récusation des juges. La Commission étant amenée à exercer une mission de contrôle, qui est en principe du ressort du pouvoir judiciaire, et à prendre des décisions qui vont aboutir à retirer certains dossiers du circuit judiciaire, il importe de prévoir que certaines situations peuvent justifier qu'un membre de la Commission s'abstienne de voter, si en prenant connaissance du 2e volet du document enregistré, il s'aperçoit qu'un motif de « récusation » réside dans son chef pour le cas d'espèce. Dans ce cas, un membre suppléant est désigné. Les causes d'incompatibilité et de récusation devront être vérifiées dans le chef du membre suppléant également. » (DOC 50 1488/006).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) merkt op dat de procedure inderdaad sterke gelijkenissen vertoont met een gewone gerechtelijke procedure. Daarom zou duidelijk moeten worden bepaald op welke wijze commissieleden kunnen worden gewraakt.

De heer Stef Goris (VLD) antwoordt dat deze commissie geen rechtbank is. De commissie kan alleen maar doorverwijzen. In tegenstelling tot een rechtbank waarbij de rechters alleen of met drie zetelen en het dus van belang is dat in geval van een belangenprobleem de rechters kunnen worden gewraakt, gaat het hier over een commissie die is samengesteld uit zestien leden, waar de beslissingen bovendien worden genomen bij gewone en bijzondere meerderheid.

De heer Luc Goutry (CD&V) hekelt de houding van de meerderheid, waarbij alle kritische opmerkingen worden genegeerd.

Wat gaat er bijvoorbeeld gebeuren wanneer wordt vastgesteld dat 6 commissieleden in een bepaald dossier niet onafhankelijk kunnen optreden ? Wanneer deze commissieleden worden gewraakt, kan er geen tweederde meerderheid meer worden bereikt ! Dit leidt tot een volledige blokkering van de commissie.

Hoe lang moet het medisch dossier trouwens worden bewaard ? Hierover bestaat er geen enkele wettelijke regeling. Een arts is niet verplicht om dergelijke dossiers bij te houden.

De heer Stef Goris (VLD) meent dat de discussie over het medisch dossier beter plaats vindt in het kader van de bespreking van het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt (DOC 50 1642/001).

Art. 9

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) c.s. dienen amendement nr 39 in, luidend als volgt :

« In het eerste lid, c), de woorden « inzake de uitvoering van deze wet » vervangen door de woorden « die kunnen leiden tot een betere medische begeleiding en psycho-sociale opvang van ongeneeslijk zieken, inzonderheid de verbetering en uitbreiding van de palliatieve zorgverlening ».

VERANTWOORDING

Artikel 9 bepaalt dat de commissie tweejaarlijks rapporteert aan het Parlement. Wij wensen hierbij een aanvulling te doen. De verwerking van de statistische gegevens moet de commissie in staat stellen na te gaan op welke vlakken (en bijvoorbeeld ook in welke milieus en regio's) de vraag naar euthanasie preventief kan worden benaderd.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) fait observer que la procédure présente effectivement de fortes similitudes avec une procédure judiciaire ordinaire. Aussi conviendrait-il de préciser clairement de quelle manière les membres de la commission peuvent être récusés.

M. Stef Goris (VLD) réplique que cette commission n'est pas un tribunal. La commission peut seulement renvoyer. Contrairement à un tribunal, où les juges siègent seuls ou à trois et il est donc important qu'en cas de conflit d'intérêts, les juges puissent être récusés, il s'agit en l'occurrence d'une commission composée de seize membres, dans laquelle les décisions sont en outre prises à la majorité ordinaire et à la majorité spéciale.

M. Luc Goutry (CD&V) critique vivement l'attitude de la majorité qui ignore toutes les observations critiques.

Que va-t-il se passer lorsque l'on constatera que, par exemple, six membres de la commission ne peuvent agir de manière indépendante dans un certain dossier ? Lorsque ces membres sont récusés, une majorité des deux tiers ne peut en effet plus être atteinte ! Cette situation engendre dès lors un blocage complet de la commission.

Combien de temps le dossier médical doit-il, par ailleurs, être conservé ? Aucune réglementation légale n'existe à ce sujet. Un médecin n'est pas tenu de conserver pareils dossiers.

M. Stef Goris (VLD) estime qu'il est préférable de débattre sur le dossier médical lors de la discussion sur le projet de loi relatif aux droits du patient (DOC 50 1642/001).

Art. 9

Mme Joke Schauvliege (CD&V) et consorts présentent l'amendement n° 39, libellé comme suit :

« À l'alinéa 1er, c), remplacer les mots « concernant l'exécution de la présente loi » par les mots « susceptibles de conduire à un meilleur encadrement médical et à un meilleur accompagnement psychosocial des patients incurables, en particulier à l'amélioration et à l'extension des soins palliatifs ».

JUSTIFICATION

L'article 9 prévoit que la commission établit tous les deux ans un rapport à l'intention du Parlement. Nous souhaitons y ajouter quelque chose. Le traitement des données statistiques doit permettre à la commission de vérifier à quels niveaux (et par exemple aussi dans quels milieux et régions) la demande d'euthanasie peut être abordée sous l'angle de la prévention.

Meer specifiek dient de commissie maatregelen voor te stellen met betrekking tot de verbetering en uitbreiding van de palliatieve zorgverlening; gezien ook niet-terminale patiënten binnen het toepassingsgebied van de wet vallen zijn, aanbevelingen met betrekking tot een betere medische begeleiding en psycho-sociale opvang evenzeer noodzakelijk. » (DOC 50 1488/005).

In dit verband merkt mevrouw Joke Schauvliege op dat aan het verslag van de abortuscommissie slechts eenmaal een parlementaire bespreking is gewijd. Sedertdien is de aandacht voor deze verslagen volledig weggeëbd.

In het verslag moet ook expliciet worden verwezen naar de hiaten in de bestaande zorgverlening. Een degelijk opgesteld verslag zal ongetwijfeld aanleiding geven tot een grondige en genuanceerde parlementaire bespreking, waaraan eventueel ook een aantal wetgevende initiatieven kunnen worden gekoppeld.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vindt het terecht dat er in het amendement nr 39 wordt gepleit voor een grondige analyse van de statistische gegevens. Op basis van het tweede gedeelte van het registratiedocument kunnen heel wat zaken gewoonweg niet worden achterhaald. Nergens wordt immers vermeld in welke regio of stad, ziekenhuis of instelling de feiten zich hebben voorgedaan. Het wordt onmogelijk om na te gaan op welke plaatsen de wet slecht of niet wordt toegepast. Het Parlement moet zich toch een duidelijk beeld kunnen vormen van de regionale verschillen.

De heer Stef Goris (VLD) wijst erop dat het tweede gedeelte van het registratiedocument een aantal essentiële gegevens bevat. De geboorteplaats en de plaats van overlijden van de patiënt moeten worden vermeld. Op basis hiervan moet het mogelijk zijn eventuele regionale verschillen vast te stellen.

Het punt c) van artikel 9 is bovendien veel ruimer dan de in het amendement nr 39 voorgestelde wijzigingen die eerder een aantal beperkingen inbouwen. De oorspronkelijke formulering legt geen enkele oriëntatie op.

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt waarom de woonplaats van de patiënt niet moet worden vermeld. Deze informatie is toch veel essentiëler dan de geboorteplaats van de patiënt.

Mevrouw Jacqueline Herzet (MR) merkt op dat de woonplaats toch niet relevant is. Cruciaal is de plaats waar de euthanasie werd toegepast, dit wil zeggen de plaats van overlijden, die op grond van artikel 7 moet worden vermeld in het tweede gedeelte van het registratiedocument. Het precieze adres van het ziekenhuis of de instelling zal dus steeds worden vermeld. De vermelding van de stad of gemeente is onvoldoende.

De manière plus spécifique, la commission doit proposer des mesures relatives à l'amélioration et à l'extension des soins palliatifs; comme le champ d'application de la loi comprend aussi les patients autres que ceux en phase terminale, il s'impose tout autant de formuler des recommandations relatives à l'amélioration de l'encadrement médical et de l'accompagnement psychosocial. » (DOC 50 1488/005).

À cet égard, Mme Joke Schauvliege fait observer qu'une seule discussion parlementaire a été consacrée au rapport de la commission sur l'avortement. Depuis lors, l'intérêt pour ces rapports a fortement diminué.

Le rapport doit également souligner explicitement les lacunes qui existent dans la manière dont les soins sont actuellement donnés. Un rapport élaboré correctement donnera indubitablement lieu à une discussion parlementaire nuancée et approfondie, à laquelle pourront éventuellement être associées certaines initiatives législatives.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) estime que c'est à juste titre que l'amendement n° 39 plaide pour une analyse approfondie des données statistiques. Il y a toute une série d'informations que le deuxième volet du document d'enregistrement ne permet tout simplement pas de connaître. En effet, il n'est indiqué nulle part dans quelle région ou ville, quel hôpital ou quelle institution les faits se sont produits. Il devient impossible de vérifier dans quels lieux la loi n'est pas appliquée ou ne l'est pas correctement. Le Parlement doit tout de même pouvoir se faire une idée précise des différences entre régions.

M. Stef Goris (VLD) fait remarquer que le deuxième volet du document d'enregistrement contient une série de données essentielles. Le lieu de naissance et le lieu du décès du patient doivent y être mentionnés. Sur la base de ces données, il doit être possible de déterminer les éventuelles différences régionales.

Le point c) de l'article 9 est en outre beaucoup plus large que les modifications proposées dans l'amendement n° 39, qui intègrent plutôt certaines limitations. La formulation initiale n'impose aucune orientation.

M. Luc Goutry (CD&V) demande pour quelle raison le domicile du patient ne doit pas être mentionné. Cette information est tout de même beaucoup plus essentielle que le lieu de naissance du patient.

Mme Jacqueline Herzet (MR) fait remarquer que la mention du domicile n'est pas pertinente. L'information cruciale, c'est le lieu où a été pratiquée l'euthanasie, c'est-à-dire le lieu du décès. Or, sur la base de l'article 7, celui-ci doit être mentionné dans le deuxième volet du document d'enregistrement. L'adresse précise de l'hôpital ou de l'institution sera donc toujours mentionnée. La mention de la ville ou de la commune ne suffit pas.

Mevrouw Anne Barzin (MR) vestigt de aandacht erop dat punt 12° van artikel 7 bepaalt dat de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen ook moeten worden vermeld. Hierbij kunnen ook de adresgegevens van het ziekenhuis worden vermeld.

Volgens *de heer Bart Laeremans (Vlaams Blok)* houdt punt 12° op dit vlak geen enkele verplichting in. Hij schaart zich achter de suggestie van de voorzitster om de plaats van het overlijden te definiëren als het adres van het ziekenhuis of de instelling.

Om alle twijfel weg te nemen omtrent de correcte interpretatie van het begrip « plaats » in artikel 2, vierde lid, 2°, dienen de heer Luc Goutry c.s. amendement nr 104 in op artikel 7. Het luidt als volgt :

« In het vierde lid, punt 2 aanvullen als volgt : « Onder de plaats wordt verstaan een gedetailleerde opgave van bijvoorbeeld de instelling of het ziekenhuis waar de euthanasie werd uitgevoerd; ».

VERANTWOORDING

Dit is van belang voor de statistieken en het onderzoek dat men wil doen. » (DOC 50 1488/008).

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 82 in, luidend als volgt :

« In het eerste lid, c), de woorden « inzake de uitvoering van deze wet » vervangen door de woorden « die ertoe kunnen bijdragen het aantal euthanasiegevallen te verminderen en de begeleiding te verbeteren van personen die zich in de laatste levensfase bevinden of die lijden aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening ».

VERANTWOORDING

In navolging van de wet van 13 augustus 1990 houdende oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, bevestigt dit amendement de essentiële rol van de medische en psychische begeleiding van de terminale patiënt of de patiënt die lijdt aan een ongeneeslijke aandoening. Deze begeleiding is van kapitaal belang voor het voorkomen van euthanasieverzoeken, die er altijd op wijzen dat de patiënt alle hoop heeft opgegeven.

Bij deze uiterst kwetsbare personen is het essentieel dat de artsen en de verplegers een verplichting tot medische en psychische bijstand wordt opgelegd. Wij mogen er niet door een te lakse wetgeving toe bijdragen dat deze mensen, die juist het meest behoefte hebben

Mme Anne Barzin (MR) fait observer que le point 12° de l'article 7 dispose que la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés doivent également être mentionnés. L'adresse de l'hôpital peut aussi être mentionnée.

Selon *M. Bart Laeremans (Vlaams Blok),* le point 12° ne contient aucune obligation à ce niveau. Il se rallie à la proposition de la présidente de définir le lieu du décès comme étant l'adresse de l'hôpital ou de l'institution.

Afin de dissiper tout doute quant à l'interprétation exacte qu'il convient de donner à la notion de « lieu » utilisée à l'article 2, alinéa 4, 2°, M. Luc Goutry et consorts présentent un amendement (n° 104), à l'article 7, libellé comme suit :

« À l'alinéa 4, compléter le 2° par les mots « par le lieu », il y a lieu d'entendre une indication détaillée de l'établissement ou de l'hôpital où l'euthanasie a été pratiquée; ».

JUSTIFICATION

Une telle indication est importante pour les statistiques et pour la vérification à laquelle il sera procédé. » (DOC. 50 1488/008).

M. Joseph Arens (PSC) présente un amendement (n° 82), libellé comme suit :

« À l'alinéa 1er, c), remplacer les mots « concernant l'exécution de la présente loi » par les mots « susceptibles de contribuer à réduire le nombre d'euthanasies et à améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie ou souffrant d'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ».

JUSTIFICATION

À l'instar de ce qui est prévu dans la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, le présent amendement vise à réaffirmer la place essentielle qu'occupe l'accompagnement tant médical que moral du patient en fin de vie ou souffrant d'une pathologie incurable. Cet accompagnement est primordial pour prévenir l'apparition de demandes d'euthanasie, qui sont toujours le signe de la perte de tout espoir par le patient.

L'obligation d'assistance tant morale que médicale des médecins et des soignants est essentielle à l'égard de ces personnes excessivement vulnérables. Il importe de ne pas consacrer par une législation trop laxiste l'abandon thérapeutique de ces personnes qui ont précisé-

aan steun van degenen die voor hen zorgen, « therapeutisch » worden opgegeven.

Euthanasie moet een subsidiaire oplossing blijven. De voorkeur moet steeds gaan naar alternatieven die minder schadelijk zijn voor de patiënt. » (DOC 50 1488/006).

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 83 in, luidend als volgt :

« In het eerste lid, een punt d) (nieuw) *toevoegen, luidend als volgt :*

« d) een statistisch en epidemiologisch verslag over de handelingen rond het levenseinde, waaronder euthanasie, het overlijden veroorzaakt zonder instemming van de patiënt, euthanasie van patiënten die niet onder de huidige wet vallen, sedatie, het stopzetten en niet uitvoeren van behandelingen, die niet bij de commissie werden geregistreerd. ».

VERANTWOORDING

Het is belangrijk over een totaaloverzicht van alle medische handelingen rond het levenseinde te beschikken. » (DOC 50 1488/006).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vestigt de aandacht erop dat het amendement nr 83 een interne tegenstrijdigheid bevat. Hoe kan de commissie gegevens opnemen in haar verslag die niet bij de commissie werden geregistreerd ?

Art. 10

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vraagt of men reeds enig idee heeft uit hoeveel medewerkers het administratief kader zal bestaan. Welke budgettaire middelen worden voorzien voor de personeelsuitgaven ? Hoeveel bedraagt de vergoeding van de leden van de commissie ? Hoeveel tijd zullen de commissieleden moeten besteden aan hun taak ? Kan dit uitgroeien tot een voltijdse opdracht ?

De heer Stef Goris (VLD) merkt op dat het bedrag van de vergoeding door de Koning zal worden vastgesteld.

De minister preciseert dat dit wetsontwerp voortkomt uit een parlementair initiatief. Daardoor is nog geen enkel voorstel geformuleerd in verband met de budgettaire weerslag. Er zal pas kunnen worden gebudgetteerd nadat de wet is goedgekeurd en in elk geval pas vanaf volgend jaar.

ment le plus besoin du soutien de ceux qui en ont la charge.

L'euthanasie doit conserver son caractère subsidiaire. Il faut toujours lui préférer d'autres alternatives moins préjudiciables pour le patient. » (DOC. 50 1488/006).

M. Joseph Arens (PSC) présente un amendement n° 83, libellé comme suit :

« À l'alinéa 1er, ajouter un d) (nouveau), *rédigé comme suit :*

« d) un rapport statistique et épidémiologique sur les pratiques médicales de fin de vie, notamment l'euthanasie, le décès provoqué sans accord du patient, l'euthanasie de patients non visés par la présente loi, la sédation, l'arrêt et l'abstention de traitements, n'ayant pas fait l'objet d'un enregistrement auprès de la Commission. ».

JUSTIFICATION

Il importe d'avoir une vue d'ensemble sur toutes les pratiques médicales de fin de vie. » (DOC 50 1488/006).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) fait observer que l'amendement n° 83 comporte une contradiction interne. Comment la commission peut-elle inclure dans son rapport des données n'ayant pas fait l'objet d'un enregistrement auprès de la commission ?

Art. 10

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) demande si l'on a déjà quelque idée du nombre de collaborateurs que comptera le cadre administratif. Quels moyens budgétaires sont prévus pour les dépenses de personnel ? Quel est le montant de la rétribution des membres de la commission ? Combien de temps les membres de la commission devront-ils consacrer à leur tâche ? Celle-ci peut-elle devenir une mission à temps plein ?

M. Stef Goris (VLD) fait observer que le montant de cette rétribution sera fixé par le Roi.

Le ministre précise que le présent projet de loi est issu d'une initiative parlementaire. De ce fait, aucune proposition n'a encore été faite en rapport avec les répercussions budgétaires. Un budget ne pourra être établi qu'après le vote de la loi et ne vaudra de toute manière qu'à partir de l'année prochaine.

Art. 11

De heer Luc Goutry (CD&V) vindt het bijzonder cynisch dat de federale controle- en evaluatiecommissie medegefinancierd wordt door het ministerie voor de Volksgezondheid.

Art. 12

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) vraagt of een lid van de commissie over de mogelijkheid beschikt om een klacht in te dienen bij het parket over een specifiek dossier wanneer er geen tweederde meerderheid in de commissie is om dit dossier aanhangig te maken bij het parket ? Volgens dit artikel is iedereen die betrokken is bij de toepassing van euthanasie gebonden door het beroepsgeheim. Dit betekent dus dat een arts die euthanasie heeft toegepast, zijn medisch dossier niet kan indienen bij de commissie.

Volgens de heer Luc Goutry (CD&V) kan een commissielid op eigen initiatief geen klacht meer neerleggen bij het parket over een dossier dat hem verdacht lijkt. Hiervoor zal steeds een tweederde meerderheid vereist zijn. Dit is een uiterst gevaarlijk denkspoor.

De heer Stef Goris (VLD) meent dat de vertrouwelijkheid van de werkzaamheden van de commissie niet zo maar kan worden doorbroken. De collegiale beslissingen moeten worden gerespecteerd. Bovendien moet de vertrouwelijkheid van de persoonlijke gegevens gewaarborgd blijven. Voor het parket geldt toch ook het geheim van het onderzoek. Verder kunnen familieleden zich natuurlijk altijd burgerlijke partij stellen bij het parket.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) wijst erop dat volgens voorzitter Fred Erdman het niet-naleven van wettelijke verplichtingen door de commissie moet worden beschouwd als valsheid in geschrifte. In een dergelijk geval moet een commissielid toch naar het parket kunnen stappen ?

De heer Stef Goris (VLD) antwoordt dat het hier gaat om een misdrijf. Dit mag men toch niet vergelijken met een beslissing die de commissie heeft genomen overeenkomstig de informatie waarover ze beschikte.

De heer Thierry Giet (PS) wijst erop dat de verwijzing naar artikel 458 van het Strafwetboek essentieel is. Over de toepassing van het beroepsgeheim is reeds een uitvoerige rechtspraak ontwikkeld. Het kan niet de bedoeling zijn om in het kader van de euthanasiewetgeving de regels inzake het beroepsgeheim te herschrijven. Er kunnen geen wijzigingen worden aangebracht aan de bestaande rechtspraak.

Volgens *de heer Bart Laeremans (Vlaams Blok)* betekent dit dat de geheimhouding alleen kan worden doorbroken in het geval men wordt gedagvaard als getuige.

Art. 11

M. Luc Goutry (CD&V) trouve particulièrement cynique que la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation soit cofinancée par le ministère de la Santé publique.

Art. 12

Mme Joke Schauvliege (CD&V) demande si un membre de la Commission peut déposer une plainte auprès du parquet sur un dossier spécifique lorsque la majorité des deux tiers requise pour saisir le parquet du dossier n'est pas atteinte au sein de la commission. Selon cet article, toute personne concernée par la pratique d'une euthanasie est tenue au secret professionnel. En d'autres termes, un médecin, qui aurait pratiqué une euthanasie, ne peut remettre son dossier médical à la commission.

Selon *M. Luc Goutry (CD&V),* un membre de la commission ne peut plus introduire de plainte auprès du parquet de sa propre initiative lorsqu'un dossier lui semble suspect. Pour ce faire, la majorité des deux tiers sera requise à chaque fois. Cette piste est extrêmement dangereuse.

M. Stef Goris (VLD) estime que le secret des travaux de la commission ne peut être rompu si facilement. Les décisions collégiales doivent être respectées. En outre, la confidentialité des données à caractère personnel doit être garantie. Le parquet est d'ailleurs également tenu au secret de l'instruction. De plus, il va de soi que les parents peuvent toujours se constituer partie civile auprès du parquet.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) souligne que, selon le président Fred Erdman, le non-respect, par la Commission, de ses obligations légales doit être considéré comme un faux en écriture. Un membre de la commission ne doit-il pas pouvoir en appeler au parquet en pareil cas ?

M. Stef Goris (VLD) répond qu'il s'agit ici d'une infraction, et que cette infraction n'a rien de comparable avec une décision prise par la commission conformément aux informations dont elle disposait.

M. Thierry Giet (PS) souligne que la référence à l'article 458 du Code pénal est essentielle. L'application du secret professionnel a déjà fait l'objet d'une jurisprudence abondante. L'intention ne saurait être de réécrire, dans le cadre de la législation relative à l'euthanasie, les règles régissant le secret professionnel. Aucune modification ne peut être apportée à la jurisprudence existante.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) estime que cela signifie que le secret ne peut être levé que lorsque l'intéressé est cité à comparaître en qualité de témoin. Les

Als lid van de commissie kan men dus niet naar het parket stappen wanneer men van oordeel is dat er onwettig euthanasie werd toegepast.

De heer Thierry Giet (PS) herhaalt dat de bestaande rechtspraak van toepassing blijft. Het is zinloos hierover verder uit te weiden. De rechtspraak voorziet in de noodzaak op basis waarvan men niet meer onderworpen is aan het beroepsgeheim.

De spreker verwijst hierbij naar de in de Larcier Wetboeken opgenomen rechtspraak bij artikel 458 :

« *3. Une personne appelée à rendre témoignage en justice au sujet de faits couverts par le secret professionnel peut révéler ces faits si elle estime devoir le faire. Elle apprécie elle-même l'opportunité de conserver le secret, à condition toutefois que, compte tenu des éléments de la cause, elle ne détourne pas le secret professionel de son but en gardant le silence — Cass. 23 septembre 1986, Pas. 1987, p.89.*

7. Le médecin, auteur d'une violation du secret professionnel, peut être justifié par l'état de nécessité, lorsque, sur la base de circonstances de fait, il est relevé par la juridiction saisie qu'eu égard à la valeur respective des droits en conflit et en présence d'un mal grave et imminent pour autrui, ce médecin aurait pu estimer qu'il ne lui était pas possible de sauvegarder autrement qu'en commettant cette violation du secret professionnel un intérêt plus impérieux qu'il avait le devoir ou qu'il était en droit de sauvegarder avant tous les autres — Cass. 13 mai 1987, Pas. P. 1061. ».

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) merkt op dat de rechtspraak over het beroepsgeheim zeer vergaand is. Volgens haar ondermijnt artikel 12 alle voorgaande artikelen. Op basis van artikel 12 kan een arts weigeren een medisch dossier ter beschikking te stellen.

Zij wenst te vernemen of het gestelde betekent dat eenieder die beroepshalve in aanraking komt met een dossier van euthanasie, gebonden is door het beroepsgeheim. Betekent het dat die personen ook verhinderd zijn om desgevallend een klacht in te dienen ?

De voorzitter licht toe dat inderdaad eenieder die zijn medewerking verleent, met andere woorden een handeling verricht met betrekking tot euthanasie, gehouden is tot het beroepsgeheim. Hij zal bijgevolg met betrekking tot hetgeen hem toevertrouwd is, geen melding mogen maken, wel van hetgeen hij vaststelt. De voorzitter verwijst hierbij tevens naar een tijdens de algemene bespreking ter beschikking gestelde nota over het verschil tussen het beroepsgeheim als dusdanig en het functiegeheim. In het kader van een functiegeheim heeft de betrokkene inderdaad een bepaalde houding aan te nemen, rekening houdend met de inlichtingen die hij binnen het kader van zijn functie verkrijgt. In deze stelt zich niet de vraag of deze of gene melding kan maken of klacht kan indienen bij de procureur des Konings. Door artikel 458 van de Strafwet toepasselijk te maken is de betrokkene gehouden door het beroepsgeheim en dus

membres de la commission ne peuvent donc pas s'adresser au parquet en tant que tels lorsqu'ils estiment qu'une euthanasie a été pratiquée illégalement.

M. Thierry Giet (PS) répète que la jurisprudence existante reste applicable. Il est inutile de s'attarder sur cette question. C'est la jurisprudence qui prévoit les cas dans lesquels il est nécessaire de délier quelqu'un du secret professionnel.

L'intervenant renvoie, à ce propos, à la jurisprudence citée dans les Codes Larcier au sujet de l'article 458 :

« 3. Une personne appelée à rendre témoignage en justice au sujet de faits couverts par le secret professionnel peut révéler ces faits si elle estime devoir le faire. Elle apprécie elle-même l'opportunité de conserver le secret, à condition toutefois que, compte tenu des éléments de la cause, elle ne détourne pas le secret professionel de son but en gardant le silence — Cass. 23 septembre 1986, Pas. 1987, p.89.

7. Le médecin, auteur d'une violation du secret professionnel, peut être justifié par l'état de nécessité, lorsque, sur la base de circonstances de fait, il est relevé par la jurisdiction saisie qu'eu égard à la valeur respective des droits en conflit et en présence d'un mal grave et imminent pour autrui, ce médecin aurait pu estimer qu'il ne lui était pas possible de sauvegarder autrement qu'en commettant cette violation du secret professionnel un intérêt plus impérieux qu'il avait le devoir ou qu'il était en droit de sauvegarder avant tous les autres — Cass. 13 mai 1987, Pas. P. 1061. ».

Mme Joke Schauvliege (CD&V) fait observer que la jurisprudence relative au secret professionnel va très loin. Elle estime que l'article 12 sape tous les articles précédents. Un médecin peut, en vertu de l'article 12, refuser de mettre à disposition un dossier médical.

Elle souhaite savoir si cela signifie que toute personne qui, dans l'exercice de ses fonctions, est confrontée à un dossier d'euthanasie, est tenue au secret professionnel. Cela signifie-t-il par ailleurs que ces personnes sont empêchées, le cas échéant, de porter plainte ?

Le président indique que toute personne qui prête son concours, et qui, en d'autres termes, accomplit un acte en rapport avec l'euthanasie, est tenue au secret professionnel. S'il lui est permis de faire état de ses constatations, il lui est toutefois interdit de divulguer ce qui lui a été confié. Le président renvoie également, à cet égard, à une note distribuée lors de la discussion générale, note où est mise en évidence la différence existante entre le secret professionnel proprement dit, et le secret lié à la fonction. Dans le cadre du secret lié à sa fonction, l'intéressé doit effectivement prendre position à partir des informations qui lui sont communiquées dans le cadre de celle-ci. En l'espèce, il est inutile de poser la question de savoir si ce dernier peut, oui ou non, divulguer ce qui lui a été confié, ou porter plainte auprès du procureur du Roi. Dès lors que l'article 458 du Code pénal lui est applicable, l'intéressé est, en effet, tenu au secret profes-

valt al wat hem *qualitate qua* is toevertrouwd, onder het beroepsgeheim.

Mevrouw Schauvliege (CD&V) vraagt of een persoon die in de commissie zetelt en die niet akkoord is met de stemming een klacht kan indienen bij het parket ?

De voorzitter antwoordt ontkennend. Ten eerste zou het geheim van de beraadslaging worden geschonden, ten tweede heeft de betrokkene in voorkomend geval *qualitate qua* kennis van het dossier.

De heer Laeremans (Vlaams Blok) meent dat dit zijn vrees bevestigt dat een dergelijke commissie teveel als doofpotcommissie zal functioneren gezien iemand die beroepshalve kennis heeft van onregelmatigheden zich niet tot het parket kan wenden.

De voorzitter deelt mee dat hier inderdaad een keuze, in functie van de vertrouwelijkheid van de gegevens, werd gemaakt die afwijkt van zijn oorspronkelijk voorstel gezien dit wel voorzag in een melding van elk dossier aan het openbaar ministerie. Met dit laatste riskeert men evenwel dat alles *a posteriori* door een rechtbank wordt beoordeeld (cf. de Nederlandse benadering).

Art. 13

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 84 in, luidend als volgt :

« Dit artikel aanvullen met het volgende lid :

« Binnen een jaar na de inwerkingtreding van de wet treft de Koning de nodige maatregelen om de langetermijneffecten van euthanasie te onderzoeken vanuit cultureel, sociologisch en psychisch oogpunt. ».

VERANTWOORDING

Het is van het allergrootste belang de impact van de wetgeving en van het niet langer strafbaar stellen van euthanasie, zoals in dit wetsontwerp wordt geregeld, op de samenleving in haar geheel te bestuderen. Dat geldt in het bijzonder voor de invloed ervan op de begeleiding van de stervenden en de zwaar zieke patiënten, alsmede de eventuele invloed ervan op het aantal zelfmoorden of zelfmoordpogingen, inzonderheid bij de bejaarden of de zwaar gehandicapten. » (DOC 50 1488/006).

De heer Luc Goutry (CD&V) stelt vast dat er alleen een wettelijke verplichting is voor een parlementaire bespreking van het eerste verslag. Daarna is er blijkbaar geen enkele verplichting meer, terwijl het toch de bedoeling is om op regelmatige basis een verslag in te dienen bij het Parlement. Aan de indiening van dit versionnel, et tout ce qui lui est confié dans l'exercice de ses fonctions relève, dès lors, du secret professionnel.

Mme Schauvliege (CD&V) demande si une personne siégeant dans la commission peut porter plainte auprès du parquet lorsqu'elle n'est pas d'accord avec le vote intervenu.

Le président lui répond par la négative. D'une part, cela reviendrait à violer le secret de la délibération. D'autre part, c'est *ès qualités* que l'intéressé a connaissance du dossier.

M. Laeremans (Vlaams Blok) y voit la confirmation de ses craintes de voir cette commission se transformer, trop souvent, en une commission « étouffoir », dès lors que les personnes qui auraient connaissance d'irrégularités, dans l'exercice de leurs fonctions, ne pourront pas s'adresser au parquet.

Le président indique que l'on a effectivement fait, en l'occurrence, un choix concernant la confidentialité des données, choix qui diverge de sa proposition initiale, étant entendu que cette dernière prévoyait, de porter chaque dossier à la connaissance du ministère public. Adopter pareille approche reviendrait cependant à courir le risque que tout dossier soit réexaminé *a posteriori* par un tribunal (comme aux Pays-Bas).

Art. 13

M. Joseph Arens (PSC) présente un amendement n° 84, libellé comme suit :

« Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Dans un délai d'un an à dater de l'entrée en vigueur de la loi, le Roi prend les mesures nécessaires pour qu'une enquête soit menée sur les effets à long terme de l'euthanasie d'un point de vue culturel, sociologique et psychologique. ».

JUSTIFICATION

Il est essentiel d'étudier l'impact de la légalisation et de la dépénalisation de l'euthanasie, telle que proposée par la présente proposition, sur la société dans son ensemble, en particulier son influence au niveau de l'accompagnement des mourants et des patients gravement malades, ainsi que ses effets éventuels sur les taux de suicide ou de tentatives de suicide notamment chez les personnes âgées ou gravement handicapées. » (DOC 50 1488/006).

M. Luc Goutry (CD&V) constate qu'il n'existe une obligation légale que pour l'examen parlementaire du premier rapport. Il n'y a apparemment plus aucune obligation par la suite, alors que l'objectif est qu'un rapport soit déposé régulièrement au Parlement. Ce rapport doit toujours faire l'objet d'un débat parlementaire. L'interve-

slag moet steeds een parlementaire bespreking worden gekoppeld. Met het oog hierop dient de spreker amendement nr 105 in, luidend als volgt :

« Na de woorden « van het eerste verslag » de woorden « en alle volgende 2-jaarlijkse verslagen » invoegen.

VERANTWOORDING

Over elk verslag dat wordt neergelegd in toepassing van artikel 9 moet het Parlement debatteren. » (DOC 50 1488/008).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vraagt of er op dit vlak precedenten zijn ? Is er in de abortuswet ook een verplichte wetsevaluatie opgenomen ?

Voorzitster Jacqueline Herzet (MR) antwoordt dat de wetgeving in verband met de sekten en de mensenhandel ook voorzag in een dergelijke wetsevaluatie.

Art. 14

Mevrouw Annemie Van de Casteele en de heer Alfons Borginon (VU&ID) dienen amendement nr 11 teneinde in het tweede, derde en vierde lid na het woord « euthanasie » telkens de woorden « of hulp bij zelfdoding » in te voegen en in het vijfde lid, het woord « euthanasieverzoek » te vervangen door de woorden « verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding » (DOC 50 1488/002).

De heer Luc Goutry (CD&V) c.s. dient amendement nr 40 in, luidend als volgt :

« In het derde lid, tussen de woorden « geen andere persoon » en de woorden « kan worden gedwongen » de woorden « medische instelling of verzorgingsinstelling » invoegen.

VERANTWOORDING

Euthanasie kan nooit een recht zijn. Ook niet indien alle in de wet gestelde voorwaarden vervuld zijn. Artikel 14 bevestigt dit en stelt dat geen arts tot euthanasie kan gedwongen worden. Hetzelfde geldt voor de ziekenhuizen; ook op hen kan geen verplichting rusten om mee te werken aan het toepassen van euthanasie. De bepaling dient in die zin te worden aangepast. » (DOC 50 1488/005).

De heer Luc Goutry (CD&V) stelt verder vast dat er ook in dit artikel wordt verwezen naar het medisch dossier. Op dit ogenblik is op wetgevend vlak evenwel niets geregeld over het medisch dossier. In het wetsontwerp betreffende de euthanasie worden dus begrippen ingenant présente à cet effet un amendement n° 105, libellé comme suit :

« Insérer, entre les mots « du premier rapport » et les mots « et, le cas échéant, », les mots « , de tous les rapports bisannuels suivants ».

JUSTIFICATION

Il convient que chaque rapport qui est déposé en application de l'article 9 fasse l'objet d'un débat parlementaire. » (DOC 50 1488/008).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) demande s'il existe des précédents à cet égard ? Une obligation d'évaluer la loi est-elle aussi prévue dans la loi sur l'avortement ?

La présidente, Mme Jacqueline Herzet (MR), répond que les législations relatives aux sectes et à la traite des êtres humains prévoyaient également une telle évaluation.

Art. 14

Mme Annemie Van de Casteele et M. Alfons Borginon (VU&ID) présentent l'amendement n° 11 tendant à insérer aux alinéas 2, 3 et 4, les mots « ou une assistance au suicide » après le mot « euthanasie » ainsi qu'à ajouter, à l'alinéa 5, les mots « ou d'assistance au suicide » après les mots « requête d'euthanasie » (DOC 50 1488/002).

M. Luc Goutry (CD&V) et consorts présentent l'amendement n° 40, libellé comme suit :

« À l'alinéa 3, entre les mots « Aucune autre personne » et les mots « n'est tenue », insérer les mots « , institution médicale ou institution de soins ».

JUSTIFICATION

L'euthanasie ne peut jamais être un droit, même pas si toutes les conditions prescrites par la loi sont remplies. L'article 14 confirme ce principe en mentionnant qu'aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie. Il en va de même pour les hôpitaux, qui ne peuvent pas non plus être obligés à collaborer à l'application de l'euthanasie. La disposition doit être adaptée dans ce sens. » (DOC 50 1488/005).

M. Luc Goutry (CD&V) fait par ailleurs observer que cet article fait aussi référence au dossier médical. Or, pour l'instant, il n'existe aucune disposition légale concernant ce dossier médical. En effet, le projet de loi relatif aux droits du patient (DOC 50 1642/001), où il est

voerd die belangrijke juridische gevolgen kunnen hebben zonder dat deze begrippen voorafgaand nauwkeurig werden gedefinieerd. Het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt (DOC 50 1642/001), waarin het medisch dossier ter sprake komt, moet immers nog worden besproken in de Kamer.

Om deze lacune weg te werken dient de heer Luc Goutry amendement nr 103 waarbij in artikel 3 een paragraaf 6 wordt toegevoegd luidend als volgt :

« Art. 3

Dit artikel aanvullen met een § 6, luidend als volgt :

« § 6. De Koning legt de vorm, de inhoud en de modaliteiten vast van het medisch dossier. ».

VERANTWOORDING

Naar analogie met alle andere documenten en formulieren die men invoert in het kader van deze wet, willen we alle onduidelijkheid wegnemen door aan de Koning de opdracht te geven de precieze voorwaarden te bepalen waaraan het medisch dossier moet voldoen. Het medisch dossier is immers een « sleutel » in de hele registratie- en verantwoordingsprocedure. » (DOC 50 1488/008).

Naar aanleiding van het amendement nr 40 vindt *de heer Bart Laeremans (Vlaams Blok)* dat in elk geval duidelijk moet worden gesteld dat instellingen niet kunnen worden gedwongen tot het toepassen van euthanasie.

De heer Yvan Mayeur (PS) merkt op dat tijdens de bespreking in de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing duidelijk is gesteld dat een instelling niet kan bepalen welke handelingen een beoefenaar van de geneeskunde wel of niet mag stellen bij de beoefening van zijn beroep. Het is dus ondenkbaar dat een instelling een arts zou opleggen of verbieden bepaalde handelingen te verrichten.

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 85 in, luidend als volgt :

« Tussen het derde en het vierde lid, een nieuw lid invoegen, luidend als volgt :

« Alleen de arts kan euthanasie toepassen als bedoeld in deze wet en volgens de daarin vastgestelde voorwaarden. De arts kan de uitvoering van de euthanaserende handeling niet opdragen aan een beoefenaar van de verpleegkunde. ».

VERANTWOORDING

Er moet duidelijk worden bepaald dat het toepassen van euthanasie niet mag worden opgenomen in de lijst

question de ce dossier, doit encore être examiné à la Chambre.

Afin de combler cette lacune, M. Goutry présente l'amendement n° 103, qui tend à compléter l'article 3 par un § 6, libellé comme suit :

« Art. 3

Compléter cet article par un § 6, libellé comme suit :

« § 6. Le Roi fixe la forme et le contenu du dossier médical, ainsi que les conditions qu'il doit remplir. ».

JUSTIFICATION

Comme pour tous les autres documents et formulaires prévus par cette loi, nous proposons, afin de dissiper toute ambiguïté, de charger le Roi de déterminer les conditions précises que le dossier médical doit remplir. Le dossier médical constitue en effet un élément clé de la procédure d'enregistrement et de justification. » (DOC 50 1488/008).

À propos de l'amendement n° 40, *M. Bart Laeremans (Vlaams Blok)* estime qu'il faut en tout cas préciser clairement que les institutions ne peuvent pas être contraintes à pratiquer l'euthanasie.

M. Yvan Mayeur (PS) fait observer que l'on a clairement stipulé lors de la discussion en commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société qu'une institution ne peut pas déterminer les actes qu'un pratiquant de la médecine peut ou ne peut pas accomplir dans l'exercice de sa profession. Il est donc impensable qu'une institution impose ou interdise à un médecin d'accomplir certains actes.

M. Joseph Arens (PSC) présente l'amendement n° 85, qui est libellé comme suit :

« Insérer entre le troisième et le quatrième alinéa, un nouvel alinéa libellé comme suit :

« Seul le médecin peut pratiquer une euthanasie au sens et dans les conditions visées par la présente loi. Le médecin ne peut confier à un praticien de l'art infirmier l'exécution de l'acte euthanasique. ».

JUSTIFICATION

Il importe de préciser que l'acte euthanasique ne peut être repris dans la liste des prestations techniques de

met technische prestaties van de verpleegkunde, noch in de lijst van handelingen die een arts mag toevertrouwen aan beoefenaars van de verpleegkunde, zelfs niet als hij de verantwoordelijkheid draagt en de controle uitoefent. Deze lijsten worden vastgelegd bij koninklijk besluit. » (DOC 50 1488/006).

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) verwijst naar de uiteenzetting van professor Herman Nys die in verband met artikel 14, vierde lid uitdrukkelijk heeft gesteld dat de wetgever een ernstige vergissing begaat door een arts te verplichten te motiveren waarom hij weigert een mogelijk strrafbare handeling te verrichten. Deze motiveringsplicht is een te vergaande vereiste.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) wijst erop haar amendement nr 93 tegemoetkomt aan de bezwaren van professor Nys. Het luidt als volgt :

« In het vierde lid de woorden « waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht » doen vervallen.

VERANTWOORDING

Zoals professor Herman Nys op de hoorzitting heeft gesteld, heeft een arts in de regel het recht om zonder opgave van redenen te weigeren om euthanasie te verrichten. De wetgever begaat volgens hem een ernstige vergissing door een arts te verplichten te motiveren waarom hij weigert een mogelijk strafbare handeling te verrichten. Wij treden deze stelling bij, temeer daar euthanasie nooit een recht kan zijn. Aan de weigering kan dan ook geen motiveringsplicht verbonden worden. » (DOC 1488/006).

De heer Stef Goris (VLD) merkt op dat er een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen een medische en een niet-medische grond van weigering. Een weigering die berust op een medische grond wordt opgetekend.

De patiënt heeft toch het recht om te weten waarom de geraadpleegde arts weigert euthanasie toe te passen. Het verstrekken van dergelijke informatie behoort trouwens tot de deontologische plicht van de arts. De expliciete vermelding in de wet geeft de patiënt een bijkomende waarborg op een behoorlijke informatieverstrekking.

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 86 in, luidend als volgt :

« Dit artikel aanvullen met de volgende leden :

« De apotheker die wordt gevraagd om een euthanaserend product af te geven, moet vooraf op de hoogte worden gebracht van het voornemen van de voorschrijvende arts om euthanasie toe te passen.

soins infirmiers ni dans la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, même sous sa responsabilité et son contrôle. Ces listes sont fixées par arrêté royal. » (DOC 50 1488/006).

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) renvoie à l'exposé du professeur Herman Nys qui a clairement indiqué à propos de l'article 14, alinéa 4, que le législateur commet une grave erreur en contraignant un médecin à motiver son refus d'accomplir un acte passible d'une sanction. Cette obligation de motivation constitue une exigence excessive.

Mme Joke Schauvliege (CD&V) fait observer que son amendement n° 93 répond aux objections formulées par le professeur Nys. Il est libellé comme suit :

« À l'alinéa 4, supprimer les mots « , en en précisant les raisons ».

JUSTIFICATION

Ainsi que le professeur Herman Nys l'a fait observer lors des auditions, un médecin à, en règle générale, le droit de refuser de pratiquer une euthanasie sans devoir préciser les raisons de son refus. Il considère que le législateur commet une grave erreur en obligeant un médecin à motiver son refus d'accomplir un acte potentiellement punissable. Nous nous rallions à ce point de vue, d'autant que l'euthanasie ne pourra jamais être un droit, ce qui signifie que le médecin ne saurait être contraint à motiver son refus de la pratiquer. » (DOC 1488/006)

M. Stef Goris (VLD) fait observer qu'il est établi une nette distinction entre une raison médicale et une raison non médicale de refus. Un refus justifié par une raison médicale est consigné.

Le patient a le droit de savoir pourquoi le médecin consulté refuse de pratiquer l'euthanasie. La fourniture d'une telle information relève d'ailleurs de l'obligation déontologique du médecin. La mention explicite dans la loi offre au patient une garantie supplémentaire quant à une information correcte.

M. Joseph Arens (PSC) présente un amendement n° 86, libellé comme suit :

« Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Le pharmacien à qui est demandé la délivrance d'un produit euthanasique doit être préalablement informé de l'intention du médecin prescripteur de pratiquer une euthanasie.

Om morele of levensbeschouwelijke redenen kan de apotheker weigeren een euthanaserend product af te geven of een ander product dat daarmee rechtstreeks verband houdt. ».

VERANTWOORDING

De Algemene Pharmaceutische Bond (APB) heeft dit amendement voorgesteld.

De gewetensbezwaren van apothekers behoren duidelijker in de wet omschreven te worden. Dit kan nuttig blijken voor apothekers in een voor het publiek toegankelijke apotheek buiten een ziekenhuis. » (DOC 50 1488/006).

Art. 14*bis*

Mevrouw Annemie Van de Casteele en de heer Alfons Borginon (VU&ID) dienen amendement nr 12 tot invoeging van een artikel 14*bis*, luidend als volgt :

*« Art. 14*bis*. — In boek II, titel VIII, hoofdstuk I, afdeling I, van het Strafwetboek wordt een artikel 397*bis *toegevoegd, dat luidt als volgt :*

*« Art. 397*bis*. — Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verzoek beëindigt, wordt gestraft met opsluiting van tien tot vijftien jaar. ». ».*

VERANTWOORDING

In het voorliggende wetsontwerp wordt er een rechtvaardigheidsgrond ingelast voor correct uitgevoerde euthanasie en zelfdoding. De grote maatschappelijke bezwaren die daartegen worden aangedragen hebben betrekking op de indruk die zou kunnen gewekt worden dat het leven niet in alle situaties beschermingswaardig is. In afgeleide wordt vaak ook de indruk gewekt dat euthanasie als het ware straffeloos zou worden. Er worden momenteel ook denksporen ontwikkeld om euthanasie niet uitdrukkelijk uit het Strafwetboek te halen, maar wel uit de « strafwet ».

Gezien de grote draagwijdte van het onderwerp moet de wetgever hier naar de kern van het probleem durven gaan en de wetgeving aanpassen op die plaats in de wet die daarvoor het meest geëigend is : het Strafwetboek. Argumenten daartoe zijn :

— opname van euthanasie/hulp bij zelfdoding in het Strafwetboek laat er geen twijfel over bestaan dat het hier in principe gaat om een zeer gewichtige en strafbare handeling;

— opname in het Strafwetboek is een tegemoetkoming aan die bevolkingsgroep die angst heeft dat het

Le pharmacien a le droit de refuser la délivrance d'un euthanasique ou de tout produit y étant directement lié pour des raisons morales ou philosophiques. ».

JUSTIFICATION

Cet amendement a été suggéré par l'APB. Il importe que l'objection de conscience des pharmaciens soit plus amplement détaillée dans la loi.

Cela peut s'avérer utile en ce qui concerne les pharmaciens travaillant dans des officines pharmaceutiques ouvertes au public, hors du contexte hospitalier. » (DOC 50 1488/006).

Art. 14*bis*

Mme Annemie Van de Casteele et M. Alfons Borginon (VU&ID) présentent l'amendement n° 12 tendant à insérer un article 14*bis*, libellé comme suit :

*« Art. 14*bis*. — Au livre II, titre VIII, chapitre Ier, section Ire, du Code pénal, il est inséré un article 397*bis*, rédigé comme suit :*

*« Art. 397*bis*. — Quiconque met fin intentionnellement à la vie d'autrui à sa demande expresse et sérieuse, est puni d'un emprisonnement de 10 ans à 15 ans. ». ».*

JUSTIFICATION

Le projet de loi introduit une cause de justification couvrant l'euthanasie et l'assistance au suicide pratiquées dans le respect de certaines règles. Les grandes objections sociales émises à ce sujet ont trait au fait que l'on risque de donner par là l'impression que la vie ne mérite pas d'être protégée dans toutes les situations. On donne aussi indirectement l'impression que l'acte euthanasique pourrait en quelque sorte être commis en toute impunité. En outre, on explore actuellement des pistes de réflexion visant à retirer l'euthanasie non pas expressément du Code pénal, mais de la « loi pénale ».

Eu égard à la gravité du sujet, le législateur doit ici oser aller au cœur du problème et adapter la législation en son élément le plus approprié à cet effet : le Code pénal. Les arguments plaidant en faveur de cette thèse sont les suivants :

— l'insertion de l'euthanasie/assistance au suicide dans le Code pénal ne laisse planer aucun doute sur le fait qu'il s'agit en principe d'un acte très grave et punissable;

— cette insertion dans le Code pénal répond à la préoccupation d'une frange de la population qui craint que

plegen van euthanasie te lichtzinnig zou gaan behoren tot het normale medische handelen; het is ook een tegemoetkoming aan de bejaarde en zieke patiënt die in een vertrouwenscrisis kan komen met zijn arts als de wet hieromtrent niet helder is;

— het plegen van euthanasie wordt niet meer gelijk gesteld aan moord. Euthanasie wordt een apart misdrijf, dat onderscheiden wordt van moord of doodslag en ook minder zwaar wordt bestraft. » (DOC 50 1488/002).

De heer Joseph Arens (PSC) dient een amendement nr 87 tot invoeging van een artikel 14*bis*, luidend als volgt :

*« Art. 14*bis*. — De verzorgingsinstellingen stellen vanuit een multidisciplinaire benadering protocollen op over de behandeling van patiënten die in een stervensfase verkeren. Deze protocollen houden rekening met de vereiste psychische begeleiding van de familieleden en de verpleegkundigen. ».*

VERANTWOORDING

Dit artikel zet de verzorgingsinstellingen ertoe aan multidisciplinaire protocollen op te stellen over de behandeling van patiënten die in een stervensfase verkeren. Deze protocollen moeten rekening houden met de psychische begeleiding van de familieleden en de verpleegkundigen. Dit artikel (dat niet voorkwam in het aanvankelijke wetsvoorstel nr 2-151) voldoet aan de verwachtingen van een aantal interveniënten. In sommige instellingen bestaan dergelijke protocollen reeds. Daardoor is het mogelijk meer vat te krijgen op een situatie wanneer deze zich voordoet. De protocollen moeten bepalen hoe het verplegend personeel begeleid wordt : vele sprekers hebben immers gewezen op het tijdgebrek waarmee het verplegend personeel te kampen heeft, het gebrek aan personeel in de ziekenhuizen, de eenzaamheid en de pijn die de verpleegkundigen zelf ervaren.

Ook de begeleiding van de familieleden is zeer belangrijk. Uit de hoorzittingen is immers gebleken dat de meerderheid van de euthanasieverzoeken afkomstig zijn van naaste familieleden of vrienden die uitgeput zijn of een al te pijnlijke situatie niet meer aankunnen. Er zij opgemerkt dat de begeleiding van de verwanten een dimensie vormt van de palliatieve zorg. De indieners van het amendement wensen dat de palliatieve zorg snel uitbreiding neemt in alle verzorgingsinstellingen, bejaardentehuizen, thuisverzorgingsdiensten enzovoort en toegankelijk is voor alle patiënten. » (DOC 50 1488/006).

l'on ne banalise l'euthanasie comme s'il s'agissait d'un acte médical normal; elle vise aussi à protéger la personne âgée et le patient malade qui risquent de connaître une crise de confiance avec leur médecin si la loi n'est pas claire à ce sujet;

— l'acte euthanasique n'est plus assimilé à un assassinat. L'euthanasie devient un délit distinct qui est dissocié du meurtre ou de l'assassinat et qui est passible d'une peine moins lourde. » (DOC 50 1488/002).

M. Joseph Arens (PSC) présente l'amendement n° 87 tendant à insérer un article 14*bis*, libellé comme suit *:*

*« Art. 14*bis*. — Les établissements de soins rédigent, dans une approche multidisciplinaire, des protocoles de prise en charge des patients en fin de vie. Ces protocoles tiennent compte de l'accompagnement psychologique dû aux familles et aux soignants. ».*

JUSTIFICATION

Cet article encourage les établissements de soins à rédiger des protocoles multidisciplinaires de prise en charge des patients en fin de vie. Ces protocoles devront tenir compte de l'accompagnement psychologique des familles et des soignants. Cet article (qui ne figurait pas dans la proposition initiale n° 2-151) répond aux attentes de certains intervenants. Dans certains établissements, ces protocoles existent déjà. Ils permettent de mieux appréhender une situation lorsqu'elle se présente. Ces protocoles devraient prévoir l'accompagnement du personnel soignant : beaucoup d'intervenants ont souligné, en effet, le manque de temps du personnel soignant, le manque d'effectif dans les hôpitaux, la solitude et la souffrance des soignants eux-mêmes.

L'accompagnement des familles est également très important. Les auditions ont, en effet, montré que la majorité des demandes d'euthanasie émanent des proches, épuisés ou incapables de faire face à une situation trop douloureuse. Il faut noter que les soins palliatifs prennent en compte la dimension accompagnement des proches. Le souhait des auteurs de l'amendement est que ces soins se développent rapidement dans tous les établissements de soins, les institutions pour personnes âgées, au domicile ... et soient accessibles à tout patient. » (DOC 50 1488/006).

Art. 14*ter*

Mevrouw Annemie Van de Casteele en de heer Alfons Borginon (VU&ID) dienen amendement nr 13 in tot invoeging van een artikel 14*ter*, luidend als volgt :

*« Art. 14*ter. — *In boek II, titel VIII, hoofdstuk I, afdeling 1, van het Strafwetboek wordt een artikel 397*ter *toegevoegd, luidende als volgt :*

*« Art. 397*ter. — *Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met opsluiting van zes maand tot drie jaar. ». »*

VERANTWOORDING

Zie de verantwoording bij amendement nr12. In het tweede lid wordt hulp bij zelfdoding uitdrukkelijk strafbaar gesteld naar analogie van vorige toevoeging. » (DOC 50 1488/002).

Art. 14*quater*

Mevrouw Annemie Van de Casteele en de heer Alfons Borginon (VU&ID) dienen amendement nr 14 in tot invoeging van een artikel 14*quater*, luidend als volgt :

*« Art. 14*quater. — *In boek II, titel VIII, hoofdstuk I, afdeling 4, van het Strafwetboek wordt een artikel 417*bis *ingevoegd, luidende :*

*« Art. 417*bis. — *Er is geen misdaad noch wanbedrijf wanneer de feiten, bedoeld in de artikelen 397*bis *en 397*ter *door een arts zijn gepleegd wegens de noodzaak om een einde te maken aan de niet te lenigen, aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood van een ongeneeslijk zieke patiënt, mits de arts de voorwaarden en de procedures heeft nageleefd, die zijn opgesomd in de wet van ... betreffende de euthanasie en hulp bij zelfdoding. ». ». »* (DOC 50 1488/002).

Art. 15

Mevrouw Annemie Van de Casteele en de heer Alfons Borginon (VU&ID) dienen amendement nr 15 in, luidend als volgt :

« In het eerste lid na het woord « euthanasie » de woorden « of hulp bij zelfdoding » invoegen. » (DOC 50 1488/002).

De heer Luc Goutry (CD&V) c.s. dienen amendement nr 41 in, luidend als volgt :

« Tussen het eerste en het tweede lid, het volgende lid invoegen :

« Tenzij anders is bedongen, dekt de levensverzekering de euthanasie niet die op basis van artikel 3, § 3,

Art. 14*ter*

Mme Annemie Van de Casteele et M. Alfons Borginon (VU&ID) présentent l'amendement n° 13 tendant à insérer un article 14*ter*, libellé comme suit :

*« Art. 14*ter. — *Au livre II, titre VIII, chapitre Ier, première section, du Code pénal, il est inséré un article 397*ter*, rédigé comme suit :*

*« Art. 397*ter. — *Quiconque aide intentionnellement autrui à se suicider ou lui en procure les moyens est puni, si le suicide en résulte, d'un emprisonnement de six mois à trois ans. ». ».*

JUSTIFICATION

Voir la justification de l'article précédent. À l'alinéa 2, l'assistance au suicide est rendue expressément punissable par analogie avec l'insertion précédente. » (DOC 50 1488/002).

Art. 14*quater*

Mme Annemie Van de Casteele et M. Alfons Borginon (VU&ID) présentent l'amendement n° 14 tendant à insérer un article 14*quater*, libellé comme suit :

*« Art. 14*quater. — *Au livre II, titre VIII, chapitre 1er, section 4, du Code pénal, est inséré un article 417*bis*, rédigé comme suit :*

*« Art. 417*bis. — *Il n'y a ni crime ni délit lorsque les faits visés aux articles 397*bis *et 397*ter *ont été commis par un médecin confronté à la nécessité de mettre fin à la souffrance ou à l'état de détresse, constant, insupportable et inapaisable, d'un patient atteint d'une affection incurable, pour autant que le médecin ait respecté les conditions et les procédures définies par la loi du ... relative à l'euthanasie et à l'assistance au suicide. ». ». »* (DOC 50 1488/002).

Art. 15

Mme Annemie Van de Casteele et M. Alfons Borginon (VU&ID) présentent l'amendement n° 15, libellé comme suit :

« À l'alinéa premier, insérer après le mot « euthanasie », les mots « ou d'une assistance au suicide. » (DOC 50 1488/002).

M. Luc Goutry (CD&V) et consorts présentent l'amendement n° 41, libellé comme suit :

« Entre l'alinéa 1er et l'alinéa 2, insérer un nouvel alinéa, libellé comme suit :

« Sauf clause contraire, l'assurance-vie ne couvre pas l'euthanasie qui a été pratiquée, en vertu de l'article 3,

van deze wet minder dan één jaar na de inwerkingtreding van de overeenkomst, de wederinwerkingstelling ervan of de verhoging van de overlijdenswaarborgen wat die verhoging betreft, wordt toegepast. Op voorwaarde dat de verzekeraar de voorafgaande toestemming van de verzekerde aantoont, bezorgt diens arts de adviserende arts van de verzekeraar een attest waaruit blijkt dat het overlijden niet voortvloeit uit een euthanasie die op basis van artikel 3, § 3, van deze wet werd toegepast. ».

VERANTWOORDING

Artikel 15 stelt, voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomsten, het overlijden door euthanasie gelijk met een natuurlijke dood. De verzekeraars zouden in hun overlijdensverzekeringen geen uitsluitingsclausules inzake euthanasie kunnen opnemen. De gelijkstelling brengt problemen met zich mee wanneer euthanasie wordt toegepast buiten de terminale fase van de patiënt. De verzekeraar, die zijn dekking in een dergelijke situatie niet zal mogen weigeren, zal geconfronteerd worden met de dreiging van de antiselectie, met andere woorden het gevaar om een risico te dekken waarvan de verzekerde weet dat het ongewoon snel zal voorvallen. De verzekeraars zullen bepaalde contractaanvragen dan ook wantrouwig onthalen, omdat ze de werkelijke beweegredenen van de kandidaat-verzekerde niet kennen. Dat zal leiden tot stelselmatige verzekeringsweigeringen of tot forse premieverhogingen. Om die nadelige gevolgen te vermijden moet de wet voorzien in de mogelijkheid om de euthanasie die buiten de terminale fase van de patiënt wordt toegepast, gedurende één jaar uit te sluiten van de dekking. Die mogelijkheid bestaat vandaag al voor zelfmoord.

Opdat de maatregel doeltreffend zou zijn, moet de verzekeraar kunnen beschikken over de nodige gegevens om na te gaan of het overlijden al dan niet onder de uitsluitingsvoorwaarden heeft plaatsgehad. De wet moet dus bepalen dat, op voorwaarde dat de verzekeraar de voorafgaande toestemming van de verzekerde aantoont, diens arts de adviserende arts van de verzekeraar een attest bezorgt waaruit blijkt dat het overlijden niet voortvloeit uit een euthanasie die buiten de terminale fase van de patiënt werd toegepast. Die bepaling is volledig gebaseerd op huidig artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landsverzekeringsovereenkomst. » (DOC 50 1488/005).

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat de BVVO (Belgische Vereniging van Verzekeringsondernemingen) er sterk heeft op aangedrongen dat euthanasie die buiten de terminale fase van de patiënt wordt toegepast, niet zou vallen onder de dekking van de levensverzeke-

§ 3, de la présente loi, moins d'un an après l'entrée en vigueur du contrat, après sa remise en vigueur ou après l'extension des garanties en cas de décès pour ce qui est de cette extension. Pour autant que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de ce dernier transmet au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant que le décès n'est pas la conséquence d'une euthanasie pratiquée en vertu de l'article 3, § 3, de la présente loi. ».

JUSTIFICATION

Pour ce qui concerne l'exécution des contrats d'assurance, l'article 15 assimile le décès résultant d'une euthanasie à une mort naturelle. Les assureurs ne devraient pas pouvoir insérer de clauses d'exclusion concernant l'euthanasie dans les contrats d'assurance-décès. Cette assimilation pose des problèmes lorsque l'euthanasie est pratiquée sur un patient qui n'est pas en phase terminale. L'assureur, qui ne pourra pas refuser de fournir une couverture dans une telle situation, sera confronté au risque de l'antisélection, soit, en d'autres termes, au risque de devoir couvrir un risque dont l'assuré sait qu'il pourrait survenir à très brève échéance. Les assureurs vont dès lors se montrer méfiants lorsqu'il s'agira d'accepter certaines demandes de contrat, parce qu'ils ne connaissent pas les véritables motifs qui animent le candidat-assuré, et refuser systématiquement certaines d'entre elles. Il pourrait aussi en résulter une nette augmentation des primes d'assurance. Afin d'éviter tous ces inconvénients, la loi doit prévoir la possibilité de ne pas couvrir pendant une durée d'un an l'euthanasie pratiquée sur un patient qui n'est pas en phase terminale. Cette possibilité est déjà prévue dans le cas d'un suicide.

Pour garantir l'efficacité de cette mesure, l'assureur doit disposer des informations utiles lui permettant de vérifier si le décès répond ou non aux conditions d'exclusion. La loi doit par conséquent prévoir qu'à condition que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de ce dernier doit fournir au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant que le décès n'est pas dû à une euthanasie qui a été pratiquée sur un patient qui n'était pas en phase terminale. Cette disposition est entièrement basée sur l'actuel article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. » (DOC 50 1488/005).

M. Luc Goutry (CD&V) souligne que l'UPEA (Union professionnelle des entreprises d'assurances) a fort insisté pour que l'euthanasie pratiquée sur un patient qui n'est pas en phase terminale ne soit pas couverte par l'assurance vie au cours de la première année suivant

ring gedurende het eerste jaar na de inwerkingtreding van de overeenkomst. Wanneer de verzekeraars geen uitsluitingsclausules kunnen opnemen, is misbruik niet te vermijden. Verzekeraars zullen dus overgaan tot verzekeringsweigeringen of tot forse premieverhogingen.

Op dit punt zou het wetsontwerp dus zeker moeten worden bijgestuurd.

De spreker hekelt de halsstarrige houding van de meerderheid, die blijkbaar geen wijzigingen meer wenst aan te brengen aan het ontwerp en niet meer bereid is te luisteren naar goede argumenten.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) vraagt zich af hoe men kan voorkomen dat mensen buiten de terminale fase die toch van plan zijn euthanasie te laten uitvoeren, een levensverzekering aangaan opdat de begunstigden van de verzekering een uitkering bij hun overlijden kunnen opstrijken. De maatschappijen kunnen zich niet indekken tegen fraude, aangezien elke persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven. Als er geen bepaling wordt opgenomen die fraude tegengaat, is het gevaar niet denkbeeldig dat levensverzekeringen onbetaalbaar zullen worden !

De heer Stef Goris (VLD) meent dat de juridische adviseurs van de verzekeringsmaatschappijen voldoende inventief zullen zijn bij het opmaken van de levensverzekeringsovereenkomsten om te vermijden dat de maatschappijen het slachtoffer zouden worden van een dergelijke oplichterij. Het is nutteloos om dergelijke richtlijnen op te nemen in de euthanasiewetgeving. Levensverzekeringen zijn trouwens onderhandse overeenkomsten, die bijna altijd door de verzekeraar worden opgesteld.

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) c.s. dienen amendement nr 94 in, om het tweede lid te doen vervallen.

« VERANTWOORDING

Artikel 15, tweede lid, verwijst naar artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek maar doet dat op een eerder onzorgvuldige wijze. Het verklaart artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek van toepassing op het verplegend team, met de bedoeling om hen uit te sluiten van voordelen van beschikkingen onder de levenden of bij testament van de patiënt die ze hebben verzorgd. Artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek spreekt echter over het behandelen van de patiënt en dit is een handeling waarvoor verpleegkundigen wettelijk niet bevoegd zijn. Bovendien wordt het artikel enkel van toepassing verklaard op het verplegend team dat een patiënt bij bewustzijn verzorgt (artikel 3) en niet op het verplegend team dat

la prise de cours du contrat. Si les assureurs ne peuvent pas insérer de clauses d'exclusion, il est en effet impossible d'éviter les abus. Dans ce cas, les assureurs refuseront systématiquement certaines demandes de contrat ou procéderont à une nette augmentation des primes d'assurance.

Sur ce point, il y a donc bien lieu de modifier le projet de loi.

L'intervenant fustige l'obstination de la majorité, qui ne semble plus souhaiter apporter de modification au projet et n'est plus encline à écouter d'arguments valables.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) se demande comment éviter que des personnes n'étant pas en phase terminale, mais ayant cependant l'intention de recourir à l'euthanasie, ne souscrivent une assurance-vie afin que les bénéficiaires puissent empocher le capital-décès de l'assurance à leur mort. Les compagnies ne peuvent se couvrir contre cette fraude, dès lors que toute personne décédant par euthanasie est réputée décédée de mort naturelle. Si aucune disposition n'est prévue afin de faire pièce à la fraude, le risque de voir les assurances-vie devenir hors de prix n'est pas à exclure.

M. Stef Goris (VLD) estime que les conseillers juridiques des compagnies d'assurances seront suffisamment inventifs lors de l'établissement des contrats d'assurance-vie pour éviter que les compagnies ne soient victimes d'une telle escroquerie. Insérer de telles directives dans la législation sur l'euthanasie est inutile. Les assurances-vie sont du reste des contrats sous seing privé, quasi toujours établis par l'assureur.

M. Joke Schauvliege (CD&V) et consorts déposent l'amendement n° 94, visant à supprimer l'alinéa 2.

« JUSTIFICATION

L'article 15, alinéa 2, renvoie à l'article 909 du Code civil, mais ce renvoi est plutôt malheureux, en ce qu'il déclare les dispositions de l'article 909 du Code civil aux membres de l'équipe soignante afin de les exclure du bénéfice de dispositions entre vifs et testamentaires du patient qu'ils auraient soigné. L'article 909 vise toutefois le fait de traiter un patient, c'est-à-dire un acte que le personnel soignant ne peut légalement pas accomplir. L'article n'est en outre applicable qu'au personnel soignant qui soigne un patient conscient (article 3) et non au personnel soignant qui soigne un patient inconscient (article 4). Plutôt que de faire des réparations cosmétiques à l'alinéa 2 de l'article 15, il serait préférable, comme

een patiënt verzorgt die niet meer bij bewustzijn is (artikel 4). In plaats van te sleutelen aan het tweede lid van artikel 15, is het meer aangewezen om, zoals ook de Raad van State voorstelde, artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek zelf aan te passen. » (DOC 50 1488/006).

Mevrouw Joke Schauvliege (CD&V) wijst erop dat het hier een louter legistieke aanpassing betreft. In zijn advies (zie Stuk Senaat 2-244/21) heeft de Raad van State trouwens ook de opmerking gemaakt dat het vanuit wetgevingstechnisch oogpunt beter zou zijn om artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek te wijzigen.

Een andere lacune in artikel 15 is dat het enkel van toepassing is op het verplegend personeel dat de patiënt bij bewustzijn verzorgt.

De heer Luc Goutry (CD&V) wijst erop dat het wetsontwerp ook geen rekening houdt met de wijzigingen die de wet van 10 augustus 2001 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (*Belgisch Staatsblad* van 1 september 2001) aan het koninklijk besluit nr 78 heeft aangebracht.

Art. 15*bis* (*nieuw*)

De heer Joseph Arens (PSC) dient amendement nr 88 in, dat ertoe strekt in het wetsontwerp een artikel 15*bis* in te voegen, luidend als volgt :

*« Art. 15*bis*.— Onverminderd de toepassing van de straffen waarin het Strafwetboek voorziet en in voorkomend geval van de tuchtstraffen wordt de arts die het bepaalde in de artikelen 3, 4 en 5 overtreedt, gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot een maand of met geldboete van 1 000 tot 100 000 EUR.*

Bovendien wordt hij tot bewijs van het tegendeel geacht niet in overeenstemming met deze wet te hebben gehandeld.

Hoofdstuk VII van het eerste boek en artikel 85 van het Strafwetboek zijn van overeenkomstige toepassing op de in het eerste lid van dit artikel bedoelde misdrijven. ».

VERANTWOORDING

Dit artikel legt specifieke straffen op wanneer de arts verzuimt het registratiedocument (artikel 5) in te vullen en over te zenden en wanneer de arts de verplichtingen vervat in de artikelen 3 en 4 niet naleeft. Voorts wil dit amendement eveneens rekening houden met de opmerking van de Raad van State over het legaliteitsbeginsel van de straffen en over de rechtszekerheid (Stuk Senaat, nr 2-244/21, blz. 15).

Hoofdstuk VII van het eerste boek van het Strafwetboek over de strafbare deelneming aan een misdrijf alsook artikel 85 van het Strafwetboek betreffende de toepassing van de straffen op de dader van een misdaad of wanbedrijf, zijn van overeenkomstige toepassing op de in het eerste lid van dit artikel bedoelde misdrijven.

l'a proposé le Conseil d'État, d'adapter l'article 909 du Code civil. » (DOC 50 1488/006).

Mme Joke Schauvliege (CD&V) souligne qu'il ne s'agit que d'une adaptation purement légistique. Dans son avis (cf. Doc. Sénat 2-244/21), le Conseil d'État a, par ailleurs, également fait remarquer que, du point de vue de la technique législative, il se recommanderait de modifier l'article 909 du Code civil.

Une autre lacune de l'article 15 réside dans le fait qu'il s'applique uniquement au personnel soignant s'occupant du patient lorsqu'il est conscient.

M. Luc Goutry (CD&V) souligne que le projet de loi ne tient aucun compte non plus des modifications apportées à l'arrêté royal n° 78 par la loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé (*Moniteur belge* du 1er septembre 2001).

Art. 15*bis (nouveau)*

M. Joseph Arens (PSC) dépose un amendement n° 88 visant à insérer un article 15*bis* dans le projet de loi. Il est ainsi libellé :

*« Art. 15*bis*. — Sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal et, le cas échéant, de sanctions disciplinaires, le médecin qui contrevient aux dispositions prévues aux articles 3, 4 et 5, est puni d'un emprisonnement de huit jours à un mois ou d'une amende de 1 000 à 100 000 EUR.*

Il est, en outre, présumé jusqu'à preuve du contraire ne pas avoir agi en conformité avec la présente loi.

Le chapitre VII du livre premier et l'article 85 du Code pénal s'appliquent par analogie aux infractions visées à l'alinéa premier du présent article. ».

JUSTIFICATION

Cet article prévoit des sanctions spécifiques à l'égard du médecin qui omettrait de compléter et de renvoyer le document d'enregistrement (article 5), ainsi qu' à l'égard du médecin qui ne respecterait pas les obligations contenues dans les articles 3 et 4. Cet amendement entend aussi répondre à la remarque du Conseil concernant le principe de la légalité des peines et de la sécurité juridique (Doc. Sénat, 244/21, p. 15).

Le chapitre VII du livre Ier du Code pénal relatif à la participation punissable à un délit et l'article 85 du Code pénal concernant l'application des circonstances atté-

passing van verzachtende omstandigheden zijn van toepassing op de in dit artikel bedoelde misdrijven. De artsen moeten ertoe aangezet worden het registratiedocument in te vullen en het aan de Commissie over te zenden. Het is logisch hun het « genot » van de wet te ontnemen indien zij niet voldoen aan een aantal zeer belangrijke voorschriften van deze wet. » (DOC 50 1488/006).

De indiener verwijst naar de verantwoording van zijn amendement.

De heer Luc Goutry (CD&V) c.s. dient amendement nr 95 in, dat luidt als volgt :

*« Art. 15*bis. *— Artikel 909, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek wordt vervangen als volgt :*

« De beoefenaars bedoeld in koninklijk besluit nr 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, die een persoon hebben behandeld of verzorgd gedurende de ziekte waaraan hij is overleden, kunnen geen voordeel genieten van beschikkingen onder de levenden of bij testament die hij, in de loop van die ziekte, te hunnen behoeve mocht hebben gemaakt. ». ».

VERANTWOORDING

Artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek is verouderd en achterhaald in de terminologie. Gezien de wetgever ook de leden van het verplegend team beoogt, lijkt het aangewezen het toepassingsgebied uit te breiden tot alle gezondheidsberoepen vervat in koninklijk besluit nr 78 en niet alleen te spreken van « behandelen » — een handeling voorbehouden aan artsen — maar ook van « verzorgen ». » (DOC 50 1488/006).

Art. 16

De heer Luc Goutry (CD&V) c.s. dienen amendement nr 42 in, luidend als volgt :

« Dit artikel als volgt vervangen :

« Art. 16. — Met uitzondering van de artikelen 6, 7, 10 en 11 treedt deze wet in werking op een door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad te bepalen datum. ».

VERANTWOORDING

De inwerkingtreding van de wet, zoals bepaald in artikel 16, is niet duidelijk, zo stelt ook de Raad van State in haar advies. De inwerkingtreding van de wet op de euthanasie dient gekoppeld te worden aan, enerzijds, de inwerkingtreding van de wet op de palliatieve zorg-

nuantes s'appliquent aux infractions visées au présent article. Les médecins doivent être incités à compléter le document d'enregistrement et à le renvoyer à la Commission. Il semble logique de leur retirer le « bénéfice » de la loi s'ils n'ont pas satisfait à certaines obligations essentielles prescrites par cette loi. » (DOC 50 1488/006).

L'auteur renvoie à la justification de son amendement.

M. Luc Goutry (CD&V) et consorts déposent un amendement n° 95 ainsi libellé :

*« Art. 15*bis. *— L'article 909, alinéa 1er, du Code civil est remplacé par la disposition suivante :*

« Les praticiens visés dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, qui auront traité ou soigné une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie. ». ».

JUSTIFICATION

La terminologie de l'article 909 du Code civil est dépassée. Étant donné que le législateur vise aussi les membres de l'équipe soignante, il s'indique d'étendre le champ d'application de cet article à toutes les professions des soins de santé visées dans l'arrêté royal n° 78 et de ne pas seulement parler de « traitement » — un acte réservé aux médecins —, mais aussi de « soins ». » (DOC 50 1488/006).

Art. 16

M. Luc Goutry (CD&V) et consorts déposent un amendement n° 42. Il est ainsi libellé :

« Remplacer cet article par la disposition suivante :

« Art. 16. — À l'exception des articles 6, 7, 10 et 11, la présente loi entre en vigueur à une date à fixer par arrêté délibéré en Conseil des ministres. ».

JUSTIFICATION

L'entrée en vigueur de la loi telle qu'elle est prévue à l'article 16 n'est pas claire, ce qu'a également constaté le Conseil d'État dans son avis. L'entrée en vigueur de la loi relative à l'euthanasie doit être liée à l'entrée en vigueur, d'une part, de la loi relative aux soins palliatifs

verlening, en anderzijds, de wet op de patiëntenrechten, die naar verluidt op redelijk korte termijn aan het Parlement zal worden voorgelegd. Vermits de koppeling niet rechtstreeks kan gebeuren, dient de datum van inwerkingtreding te worden bepaald door de Koning. » (DOC 50 1488/005, nr 42).

De spreker wijst er met nadruk op dat dit amendement ideologisch volstrekt neutraal is. Het is alleen de bedoeling te zorgen voor rechtszekerheid wat de inwerkingtreding van de wet betreft.

De heer Joseph Arens (PSC) c.s. dienen amendement nr 89 in, dat het artikel beoogt te vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 16. — Deze wet is van kracht voor een periode van drie jaar vanaf haar inwerkingtreding.

Tijdens de zes maanden die het verstrijken van deze periode voorafgaan, leggen de ministers die bevoegd zijn voor de Justitie en de Volksgezondheid, aan het parlement een verslag voor over de toepassing van deze wet. ».

VERANTWOORDING

Dit artikel is niet gewijzigd ten opzichte van het oorspronkelijke voorstel van de indieners (Stuk Senaat, nr 2-151). Gelet op de delicate materie en de moeilijke omzetting in het juridisch instrumentarium dient, overeenkomstig het advies van bepaalde artsen, voor deze wet een proefperiode te worden vastgesteld. Daarom bepaalt de tekst dat deze wet slechts voor een beperkte periode van drie jaar van kracht is.

Tijdens de zes maanden die het verstrijken van deze periode voorafgaan, moet de wetgever op basis van het verslag van de ministers van Justitie en Volksgezondheid de nodige lessen trekken uit de praktijk. » (DOC 50 1488/006, nr 89).

et, d'autre part, de la loi relative aux droits des patients, qui, à ce que l'on dit, sera soumise au parlement dans un délai relativement court. Étant donné que cette liaison ne peut intervenir directement, la date d'entrée en vigueur doit être fixée par le Roi. » (DOC 50 1488/005, n° 42).

L'intervenant insiste sur le fait que cet amendement n'a aucune implication idéologique. Il s'agit exclusivement de veiller à la sécurité juridique quant à l'entrée en vigueur de la loi.

M. Joseph Arens (PSC) et consorts déposent un amendement n° 89 visant à remplacer cet article par ce qui suit :

« Art. 16. — La présente loi est applicable pour une période de trois ans à partir de son entrée en vigueur.

Dans les six mois qui précèdent l'expiration de cette période, les Ministres ayant la Justice et la Santé publique dans leurs attributions présentent au Parlement un rapport sur l'application de la présente loi. ».

JUSTIFICATION

Cet article reste inchangé par rapport à la proposition initiale des auteurs (Doc. Sénat, n° 2-151). Étant donné la sensibilité de la problématique et la complexité de sa traduction dans notre arsenal juridique, il convient, conformément à l'avis de certains médecins, de prévoir une période probatoire pour le texte de loi. À cet effet, le texte prévoit que la loi ne sera applicable que pour une période limitée de trois ans.

Dans les six mois qui précèdent l'expiration de cette période, il appartiendra au législateur, sur base d'un rapport établi par les ministres de la Justice et de la Santé publique de tirer les enseignements qui s'imposent. » (DOC 50 1488/006, n° 89).

VII. — **STEMMINGEN**

1. **Artikelsgewijze stemming**

Artikel 1

Artikel 1 wordt aangenomen met 13 tegen 2 stemmen.

Art. 2

Amendement nr 22 wordt verworpen met 11 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 43 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 1 wordt eenparig verworpen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 2*bis (nieuw)*

Amendement nr 17, tot invoeging van een artikel 2*bis*, wordt verworpen met 11 tegen 2 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 3

Amendement nr 18 wordt verworpen met 14 tegen 2 stemmen.

Amendement nr 2 wordt eenparig verworpen.

Amendement nr 21 wordt eenparig verworpen.

Amendement nr 23 wordt verworpen met 12 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Amendement nr 26 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 27 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 44 wordt verworpen met 10 tegen 1 stem en 5 onthoudingen.

Amendement nr 90 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 24 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 25 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 45 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 46 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 91 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

VII. — **VOTES**

1. **Votes par article**

Article 1er

L'article est adopté par 13 voix contre 2.

Art. 2

L'amendement n° 22 est rejeté par 11 voix contre 4.

L'amendement n° 43 est rejeté par 12 voix contre 4.

L'amendement n° 1 est rejeté à l'unanimité.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art.2*bis (nouveau)*

L'amendement n° 17, visant à introduire un article 2*bis*, est rejeté par 11 voix contre 2 et 3 abstentions.

Art. 3

L'amendement n° 18 est rejeté par 14 voix contre 2.

L'amendement n° 2 est rejeté à l'unanimité.

L'amendement n° 21 est rejeté à l'unanimité.

L'amendement n° 23 est rejeté par 12 voix contre 3 et 1 abstention.

L'amendement n° 26 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 27 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 44 est rejeté par 10 voix contre 1 et 5 abstentions.

L'amendement n° 90 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 24 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 25 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 45 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 46 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 91 est rejeté par 12 voix contre 4.

Amendement nr 3 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 28 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 47 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 106 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 29 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 48 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 49 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 50 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 30 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 31 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 51 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 4 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr 32 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr 52 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr 92 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 103 wordt verworpen met 13 tegen 3 stemmen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 4

Amendement nr 19 wordt verworpen met 11 tegen 5 stemmen.

Amendement nr 33 wordt verworpen met 10 tegen 5 stemmen en 1 onthouding.

Amendement nr 101 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 5 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 53 wordt verworpen met 10 tegen 5 stemmen en 1 onthouding.

Amendement nr 100 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 54 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 55 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 56 wordt verworpen met 10 tegen 1 stem en 5 onthoudingen.

L'amendement n° 3 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 28 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 47 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 106 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 29 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 48 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 49 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 50 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 30 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 31 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 51 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 4 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 32 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 52 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 92 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 103 est rejeté par 13 voix contre 3.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 4

L'amendement n° 19 est rejeté par 11 voix contre 5.

L'amendement n° 33 est rejeté par 10 voix contre 5 et 1 abstention.

L'amendement n° 101 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 5 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 53 est rejeté par 10 voix contre 5 et 1 abstention.

L'amendement n° 100 est rejeté par 12 voix contre 4.

L'amendement n° 54 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 55 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 56 est rejeté par 10 voix contre 1 et 5 abstentions.

Amendement nr 57 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 58 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 101 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 59 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 98 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 97 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 60 wordt ingetrokken.

Amendement nr 99 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 96 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 61 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 62 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 5

Amendement nr 63 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 6 wordt eenparig verworpen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 5*bis (nieuw)*

Amendement nr 34 wordt verworpen met 10 tegen 3 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 5*ter (nieuw)*

Amendement nr 35 wordt verworpen met 12 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Art. 5*quater (nieuw)*

Amendement nr 36 wordt verworpen met 12 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Art. 6

Amendement nr 20 wordt verworpen met 10 tegen 2 stemmen en 4 onthoudingen.

L'amendement n° 57 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 58 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 101 est rejeté par 12 voix contre 4.

L'amendement n° 59 est rejeté par 12 voix contre 4.

L'amendement n° 98 est rejeté par 12 voix contre 4.

L'amendement n° 97 est rejeté par 12 voix contre 4.

L'amendement n° 60 est retiré.

L'amendement n° 99 est rejeté par 12 voix contre 4.

L'amendement n° 96 est rejeté par 12 voix contre 4.

L'amendement n° 61 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 62 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 5

L'amendement n° 63 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 6 est rejeté à l'unanimité.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 5*bis (nouveau)*

L'amendement n° 34 est rejeté par 10 voix contre 3 et 3 abstentions.

Art. 5*ter (nouveau)*

L'amendement n° 35 est rejeté par 12 voix contre 3 et 1 abstention.

Art. 5*quarter (nouveau)*

L'amendement n° 36 est rejeté par 12 voix contre 3 et 1 abstention.

Art. 6

L'amendement n° 20 est rejeté par 10 voix contre 2 et 4 abstentions.

Amendement nr 64 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 65 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 66 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 67 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 7 wordt verworpen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

L'amendement n° 64 est rejeté par 12 voix contre 4.

L'amendement n° 65 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 66 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 67 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 7 est rejeté par 10 voix et 6 abstentions.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 7

Amendement nr 37 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr 104 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 68 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 8 wordt eenparig verworpen.

Amendement nr 69 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 70 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 71 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 72 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 73 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 74 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 75 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 76 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 7

L'amendement n° 37 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 104 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 68 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 8 est rejeté à l'unanimité.

L'amendement n° 69 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 70 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 71 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 72 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 73 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 74 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 75 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 76 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 8

Amendement nr 10 wordt verworpen met 10 stemmen en 6 onthoudingen.

Amendement nr 9 wordt eenparig verworpen.

Amendement nr 38 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 77 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 78 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 79 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 8

L'amendement n° 10 est rejeté par 10 voix et 6 abstentions.

L'amendement n° 9 est rejeté à l'unanimité.

L'amendement n° 38 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 77 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 78 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 79 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

Amendement nr 80 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr 81 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

L'amendement n° 80 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 81 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 9

Amendement nr 39 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr 82 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr 83 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 9

L'amendement n° 39 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 82 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 83 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 10

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 10

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 11

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 11

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 12

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 12

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 13

Amendement nr 84 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr 105 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 13

L'amendement n° 84 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 105 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 14

Amendement nr 11 wordt eenparig verworpen.

Amendement nr 40 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr 85 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 14

L'amendement n° 11 est rejeté à l'unanimité.

L'amendement n° 40 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 85 est rejeté par 10 voix contre 6.

Amendement nr 93 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Amendement nr 86 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

L'amendement n° 93 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'amendement n° 86 est rejeté par 10 voix contre 6.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 14*bis (nieuw)*

Amendement nr 12 wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen.

Amendement nr 87 wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 14*bis (nouveau)*

L'amendement n° 12 est rejeté par 12 voix contre 4.

L'amendement n° 87 est rejeté par 10 voix contre 6.

Art. 14*ter (nieuw)*

Amendement nr 13 wordt eenparig verworpen.

Art. 14*ter (nouveau)*

L'amendement n° 13 est rejeté à l'unanimité.

Art. 14*quater (nieuw)*

Amendement nr 14 wordt verworpen met 12 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 14*quater (nouveau)*

L'amendement n° 14 est rejeté par 12 voix et 4 abstentions.

Art. 15

Amendement nr 15 wordt eenparig verworpen.

Amendement nr 41 wordt verworpen met 10 tegen 3 stemmen en 3 onthoudingen.

Amendement nr 94 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 15

L'amendement n° 15 est rejeté à l'unanimité.

L'amendement n° 41 est rejeté par 10 voix contre 3 et 3 abstentions.

L'amendement n° 94 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Art. 15*bis (nieuw)*

Amendement nr 88 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 95 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Art.15*bis (nouveau)*

L'amendement n° 88 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 95 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

Art. 16

Amendement nr 42 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Amendement nr 89 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Het artikel wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Art. 16

L'amendement n° 42 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 89 est rejeté par 10 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'article est adopté par 10 voix contre 6.

Als gevolg van de goedkeuring van de artikelen 1 tot 16, vervalt amendement nr 16.

*
* *

De heer Tony Van Parys (CD&V) stelt vast dat de meerderheidspartijen systematisch alle amendementen verworpen hebben. De bestaande artikelen hebben zij unaniem aangenomen. Volgens de spreker vaak onterecht en hij verwijst hiervoor in het bijzonder naar het amendement nr 14 dat hij samen met mevrouw Schauvliege en de heren Goutry en Vande Walle heeft ingediend tot verbetering van artikel 10 van het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg. Het ontworpen artikel 10 gaat immers voorbij aan het feit dat het koninklijk besluit nr 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen inmiddels werd gewijzigd bij wet van 10 augustus 2001. Zelfs dit zuiver juridisch amendement nr 14 hebben de meerderheidspartijen evenwel geweigerd aan te nemen.

De meerderheidspartijen willen tot in het absurde toe, de tekst van de Senaat ongewijzigd aannemen. Elke echte dialoog werd bij de bespreking van deze wetsontwerpen uit de weg gegaan. De *ratio legis* van deze houding is te vinden in de overtuiging van de meerderheid dat deze tekst moet worden gestemd vóór de volgende nationale verkiezingen om er aldus zeker van te zijn dat deze wetsontwerpen ook wet worden.

Men had de mogelijkheid om in een aantal fundamentele zaken te voorzien. De spreker verwijst hier naar de palliatieve filter. Indien als uitgangspunt het idee van zelfbeschikking dan toch wordt gewild, moet men er volgens de spreker van uit kunnen gaan dat de uitgedrukte wil, de werkelijke wil is. Met deze filter wou men voorkomen dat sommige wilsuitingen die eigenlijk kreten om hulp of begeleiding zijn, zonder meer zouden worden geïnterpreteerd als een wil om een einde te stellen aan het leven.

De CD&V-fractie betreurt dat dit fundamentele idee niet wordt aanvaard.

Telkens opnieuw heeft de CD&V-fractie gepoogd om constructief de ontworpen artikelen aan te passen en te verbeteren.

Er werd zelfs het alternatief van de figuur van de noodtoestand aangeboden waardoor het in bepaalde dramatische omstandigheden gerechtvaardigd kan zijn om met de hulp van de dokter op een menswaardige wijze te sterven. De meerderheid is hierop niet ingegaan.

De CD&V-fractie meent dat sommige bepalingen zoals bijvoorbeeld deze waardoor euthanasie ook mogelijk wordt voor niet-terminale patiënten of zij die psychisch lijden, zeer ver gaan en humanitair onverantwoord zijn. De meerderheid draagt hier een zware verantwoorde-

Par suite de l'adoption des articles 1 à 16, l'amendement n° 16 est devenu sans objet.

*
* *

M. Tony Van Parys (CD&V) constate que les partis de la majorité ont systématiquement rejeté tous les amendements. Ils ont adopté tous les articles existants à l'unanimité. Souvent à tort, selon l'intervenant, faisant à cet égard allusion, en particulier, à l'amendement n° 14, qu'il a présenté conjointement avec Mme Schauvliege et MM. Goutry et Vande Walle et qui visait à améliorer l'article 10 du projet de loi relatif aux soins palliatifs. L'article 10 en projet néglige en effet le fait que l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé a été modifié entre-temps par la loi du 10 août 2001. En dépit du caractère purement juridique de cet amendement, les partis de la majorité ont également refusé de l'adopter.

Ces derniers veulent absolument adopter le texte transmis par le Sénat sans la moindre modification, quitte à verser dans l'absurdité. Lors de la discussion de ces projets de loi, tout véritable dialogue a été éludé. La *ratio legis* de cette attitude réside dans la conviction de la majorité que ce texte doit être voté avant les prochaines élections nationales, pour qu'elle soit ainsi certaine que ces projets de loi deviennent loi.

La possibilité était pourtant offerte de prévoir une série de dispositions fondamentales. L'intervenant fait ici allusion au filtre palliatif. En effet, si l'on veut malgré tout que le droit à l'autodétermination soit le principe directeur, il faut à tout le moins pouvoir considérer, selon l'intervenant, que la volonté exprimée est la volonté réelle. Or, ce filtre était précisément destiné à éviter que certaines expressions de la volonté, qui sont en fait des appels à l'aide, en vue d'obtenir un accompagnement, soient interprétées sans plus comme une demande de mettre fin à la vie.

Le groupe CD&V déplore dès lors que ce principe fondamental ne soit pas accepté.

À chaque occasion, le groupe CD&V s'est pourtant efforcé d'adapter et d'améliorer les articles en projet dans un esprit constructif.

La notion de « situation de détresse » a même été proposée comme solution alternative pour justifier que, dans certaines circonstances dramatiques, on puisse demander à mourir dans la dignité avec l'aide d'un médecin. La majorité n'a pas donné suite à cette proposition.

Le groupe CD&V estime que certaines dispositions comme, par exemple, celle prévoyant que l'euthanasie peut aussi être pratiquée dans le cas de patients n'étant pas en phase terminale ou de patients dont les souffrances sont d'ordre psychique vont très loin et sont injusti-

lijkheid. Ook met de mogelijkheid die mensen wordt geboden om een wilsbeschikking op te stellen, waardoor ze een arts vragen euthanasie toe te passen wanneer ze later ongeneeslijk ziek zouden worden en niet meer bij bewustzijn zouden zijn, gaat de CD&V-fractie niet akkoord. De CD&V-fractie kan alleen maar concluderen dat het wetsontwerp betreffende de euthanasie een slechte wet is en zal dan ook met volle overtuiging tegen stemmen.

De heer Joseph Arens (PSC) benadrukt dat de PSC-fractie van in den beginne gesteld heeft dat zij mits inachtneming van bepaalde voorwaarden niet tegen de depenalisering van euthanasie is. De PSC heeft constructief geprobeerd om de gebrekkige wet betreffende de euthanasie te verbeteren.

De spreker benadrukt dat euthanasie slechts kan worden overwogen nadat op het vlak van de palliatieve zorg, alle beschikbare middelen die het lijden kunnen verminderen werden benut. Hij vreest dat ondanks de ervaringen van het verleden dit wetsontwerp betreffende de euthanasie zal worden aangegrepen om het pad van de eugenetica te bewandelen.

De PSC-fractie zal haar strijd tegen deze wetsontwerpen dan ook voortzetten in de plenaire vergadering.

De heer Bart Laeremans (Vlaams Blok) betreurt dat deze commissie de wetsontwerpen betreffende de euthanasie en de palliatieve zorg zal aannemen. Hij is erg teleurgesteld over de wijze waarop de bespreking van de wetsontwerpen gebeurd is. In tegenstelling tot het verloop van de werkzaamheden in de Senaat werden er in de Kamer geen gemeenschappelijke vergaderingen met de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing georganiseerd. Dit om te vermijden dat bepaalde dokters, die tevens parlementslid zijn, zich te kritisch zouden uitlaten over deze problematiek. Er werd niet alleen geen rekening gehouden met het advies van de voormelde commissie daarenboven hebben sommige leden ervan in de commissie voor de Justitie een andere zienswijze verkondigd dan deze verdedigd in de commissie Volksgezondheid.

Hij is er van overtuigd dat als de palliatieve filter in het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg zou worden ingebouwd, de opmaak van een euthanasiewetgeving, die eigenlijk inhumaan is, niet nodig zou zijn geweest. De meerderheidspartijen hebben evenwel geweigerd om hierop in te gaan.

De risico's van voorliggende wetgeving zijn volgens de spreker te groot. Er wordt een immense verantwoordelijkheid gelegd bij de artsen.

Deze wetgeving hoort volgens hem dan ook niet thuis in een rechtstaat.

De Vlaams Blok-fractie zal tegen het wetsontwerp betreffende de euthanasie stemmen.

fiées d'un point de vue humain. La majorité assume une lourde responsabilité en l'occurrence. Le groupe CD&V ne peut pas davantage marquer son accord sur la possibilité qui est offerte au citoyen de rédiger une déclaration anticipée dans laquelle il demande à un médecin de pratiquer l'euthanasie lorsqu'il sera un jour atteint d'une maladie incurable ou sera inconscient. La seule conclusion à laquelle le groupe CD&V arrive est que le projet de loi relatif à l'euthanasie est une mauvaise loi et le groupe votera donc, avec la plus grande conviction, contre le texte à l'examen.

M. Joseph Arens (PSC) souligne que le groupe PSC a affirmé dès le départ qu'il n'était pas opposé à la dépénalisation de l'euthanasie à condition que certaines conditions soient respectées. Le PSC a tenté, de manière constructive, d'améliorer le projet de loi relatif à l'euthanasie.

L'intervenant souligne que l'euthanasie ne peut être envisagée qu'après que tous les moyens disponibles dans le cadre des soins palliatifs pour atténuer les souffrances ont été utilisés. Il craint qu'en dépit des expériences du passé, le projet de loi à l'examen ne serve à pratiquer l'eugénisme.

Le PSC poursuivra dès lors sa lutte contre les projets de loi à l'examen en séance plénière.

M. Bart Laeremans (Vlaams Blok) déplore que les projets de loi relatifs à l'euthanasie et aux soins palliatifs soient en passe d'être adoptés par la commission. Il est très déçu de la façon dont la discussion des projets de loi s'est déroulée. Contrairement à ce qui s'est fait au Sénat, il n'y a pas eu, à la Chambre, de réunions communes avec la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société, et ce, afin d'éviter que certains médecins, par ailleurs membres du Parlement, émettent des avis trop critiques sur cette problématique. Outre qu'il n'a pas été tenu compte de l'avis de ladite commission, certains de ses membres ont émis, au sein de la commission de la Justice, un avis différent de celui qui avait été défendu au sein de la commission de la Santé publique.

L'intervenant est convaincu que si le filtre palliatif avait été inséré dans le projet de loi relatif aux soins palliatifs, il n'aurait pas été nécessaire d'élaborer une législation sur l'euthanasie, qui est en réalité inhumaine. Les partis de la majorité ont toutefois refusé l'idée d'un tel filtre.

Selon l'intervenant, les risques que comporte la législation à l'examen sont trop grands. Elle fait peser une énorme responsabilité sur les épaules des médecins.

Par conséquent, une telle législation ne devrait, selon lui, pas exister dans un État de droit.

Le groupe *Vlaams Blok* votera contre le projet de loi relatif à l'euthanasie.

Volgens *mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok)* impliceert de aanneming van de wetsontwerpen *de facto* een legalisatie van moord op zieken en bejaarden. Het is een uiterst gevaarlijke wetgeving. De wet betreffende de euthanasie dient alleen als symbool van het zelfbeschikkingsrecht dat veel belangrijker is bevonden dan de bescherming van de zwakken.

Deze wet is volgens haar een schandaal.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) sluit zich aan bij een aantal eerder geformuleerde opmerkingen.

Deze wetsontwerpen zijn een gemiste kans. Tijdens de besprekingen van de wetsontwerpen in de commissie Volksgezondheid bleek duidelijk dat deze ontworpen moeten worden bijgestuurd. De voorzitter van de commissie voor de Justitie heeft bij het begin van de bespreking gesteld dat deze wetsontwerpen niet volmaakt zijn doch dat nadien, in een soort tweede ronde, de hiaten in deze wet zullen worden opgevangen.

De spreekster meent dat op dit ogenblik voorliggend wetsontwerp betreffende de euthanasie maatschappelijk gezien niet breed genoeg wordt gedragen.

Er is volgens haar weldegelijk behoefte aan een regeling betreffende de euthanasie. Er had evenwel een breder maatschappelijk draagvlak met meer dialoog moeten worden gecreëerd. Zij betreurt dat dit niet gebeurd is.

De heer Fred Erdman, voorzitter, benadrukt dat de parlementaire stukken van Kamer en de Senaat over deze materie, één geheel vormen.

De spreker meent dat hij altijd consequent gebleven is : het wetsvoorstel dat hij destijds samen met de heer Lallemand in de Senaat heeft ingediend (2 februari 1999 (nr 1-1261-1998/1999 (Senaat)) en zijn huidig wetsvoorstel betreffende de problemen rond het levenseinde en de toestand van ongeneeslijk zieke patiënten (DOC 50 0093/001) vertrekken vanuit een filosofie en benadering die aansluit bij die van het wetsontwerp betreffende de euthanasie.

Het spreekt voor zich dat iedere tekst vatbaar is voor verbetering.

In deze maatschappij zijn ethische problemen dermate evolutief dat men ze niet definitief kan vastleggen in wetteksten. Voor elk ethisch probleem kan een breder draagvlak worden gezocht doch de spreker meent dat men dan uiteindelijk zal falen in de zoektocht naar een oplossing.

Iedereen heeft zijn eigen formule om deze ethische problemen op te vangen.

Hij stelt evenwel vast dat er, behalve één uitzondering, wel een consensus aanwezig is om over de problematiek te spreken. Er is ook een meerderheid die zich kan scharen achter een bepaalde optie.

Selon *Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok),* l'adoption des projets de loi implique *de facto* la légalisation de l'assassinat des malades et des personnes âgées. Cette législation est extrêmement dangereuse. La loi relative à l'euthanasie ne fait que symboliser le droit à l'autodétermination, qui est considéré comme bien plus important que la protection des plus faibles.

Pour elle, cette loi est scandaleuse.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) s'associe à quelques-unes des observations formulées antérieurement.

Adopter ces projets de loi, c'est rater le coche. Au cours des discussions qui leur ont été consacrées en commission de la Santé publique, il est apparu clairement que les projets précités devaient être remaniés. Le président de la commission de la Justice a indiqué, dès le début des discussions, que si ces projets n'étaient pas irréprochables, les lacunes de la loi seraient comblées ultérieurement, dans un « deuxième » temps.

L'intervenante estime qu'à l'heure actuelle, le projet de loi relatif à l'euthanasie à l'examen ne bénéficie pas d'un soutien suffisant au sein de la société.

Elle estime que si le besoin d'une réglementation relative à l'euthanasie est bien réel, on aurait dû faire en sorte que cette législation bénéficie d'un soutien plus général de la part de la collectivité, et qu'elle fasse l'objet d'un débat plus large. Elle regrette que cela n'ait pas été le cas.

M. Fred Erdman, président, souligne que les documents parlementaires relatifs à la discussion de cette question, tant à la Chambre qu'au Sénat, forment un ensemble.

L'intervenant estime qu'il a toujours été conséquent : la proposition de loi qu'il a jadis déposée conjointement avec M. Lallemand au Sénat (le 2 février 1999, n° 1-1261-1998/1999, Sénat) et son actuelle proposition de loi relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable (DOC 50 0093/001) s'inspirent de la même philosophie et résultent de la même approche que le projet de loi relatif à l'euthanasie.

Il va de soi que tout texte est perfectible.

Dans notre société, les questions éthiques évoluent à un rythme tel qu'il est impossible de les fixer une fois pour toutes dans les textes de loi. Et si l'on peut chercher à obtenir un soutien plus large pour chacune des questions éthiques qui se posent, l'intervenant estime cependant que cela revient à se condamner à ne jamais trouver de solution.

Chacun résout ces questions à sa manière.

Il constate néanmoins qu'à une exception près, il existe un consensus pour parler des questions évoquées plus haut, et qu'il existe aussi une majorité disposée à se ranger derrière une même option.

De spreker is er van overtuigd dat met de stemmingen dit debat niet gedaan is.

2. **Stemming over het geheel**

Het gehele ontwerp wordt aangenomen met 10 tegen 6 stemmen.

Bijgevolg, vervallen de toegevoegde wetsvoorstellen.

*
* *

Conform artikel 18.5 van het Reglement, werd het verslag eenparig goedgekeurd.

De rapporteurs, *De voorzitter,*

Thierry GIET
Annemie VAN DE CASTEELE
Anne BARZIN
Joke SCHAUVLIEGE

Fred ERDMAN

L'intervenant est convaincu que les votes ne marqueront pas la fin de ce débat.

2. **Vote sur l'ensemble**

L'ensemble du projet est adopté par 10 voix contre 6.

Les propositions de loi jointes deviennent par conséquent sans objet.

*
* *

Conformément à l'article 18.5 du Règlement, le rapport a été adopté à l'unanimité.

Les rapporteurs, *Le président,*

Thierry GIET
Annemie VAN DE CASTEELE
Anne BARZIN
Joke SCHAUVLIEGE

Fred ERDMAN

BIJLAGE

ADVIES

WETSONTWERP

betreffende de euthanasie

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING

UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Anne-Mie DESCHEEMAEKER**
EN DE HEER **José VANDE WALLE**

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp besproken op haar vergaderingen van 10, 11 (*extra muros*), 15 en 16 januari 2002.

ANNEXE

AVIS

PROJET DE LOI

relatif à l'euthanasie

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

PAR
MME **Anne-Mie DESCHEEMAEKER** ET
M. **José VANDE WALLE**

Mesdames, Messieurs,

Votre commission a examiné le présent projet de loi au cours de ses réunions des 10, 11 janvier (*extra muros*) et 15 et 16 janvier 2002.

Samenstelling van de commissie op datum van indiening van het verslag /
Composition de la commission à la date du dépôt du rapport :
Voorzitter / Président : Yolande Avontroodt.

A. — **Vaste leden / Membres titulaires**		B. — **Plaatsvervangers / Membres suppléants**
VLD	Yolande Avontroodt, Jacques Germeaux, Hugo Philtjens.	Filip Anthuenis, Maggie De Block, Jef Valkeniers, Arnold Van Aperen.
CD&V	Hubert Brouns, Luc Goutry, José Vande Walle.	Simonne Creyf, Greta D'Hondt, Dirk Pieters, Jo Vandeurzen.
Agalev-Ecolo	Anne-Mie Descheemaeker, Michèle Gilkinet.	Martine Dardenne, Simonne Leen, Joos Wauters.
PS	Colette Burgeon, Yvan Mayeur.	Jean-Marc Delizée, André Frédéric, N.
MR	Robert Hondermarcq, Philippe Seghin.	Daniel Bacquelaine, Anne Barzin, Olivier Chastel.
Vlaams Blok	Koen Bultinck, Guy D'haeseleer.	Gerolf Annemans, Hagen Goyvaerts, John Spinnewyn.
SP.A	Magda De Meyer.	Dalila Douifi, Jan Peeters.
PSC	Luc Paque.	Joseph Arens, Jean-Jacques Viseur.
VU&ID	Els Van Weert.	Frieda Brepoels, Annemie Van de Casteele.

I. — PROCEDURE

De plenaire vergadering van de Kamer heeft op 15 december 2001 de door de Senaat overgezonden wetsontwerpen betreffende de palliatieve zorg (DOC 50 1489/001) en betreffende de euthanasie (DOC 50 1488/001) verzonden aan de commissie voor de Justitie en heeft de commissie voor de Volksgezondheid verzocht om advies.

Verscheidene commissieleden hebben betreurd dat de beide wetontwerpen naar de commissie voor de Justitie werden verzonden. Sommige leden merkten op dat de palliatieve zorg een aangelegenheid is waarvoor alleen de commissie voor de Volksgezondheid en niet de commissie voor de Justitie bevoegd is, te meer daar alleen de artsen de wet zullen moeten toepassen. Nog andere leden merkten op dat er geen hiërarchie bestaat tussen de diverse vaste commissies van de Kamer en dat niet kon worden aanvaard dat de wetsontwerpen n^{rs} 1488 en 1489 uitsluitend naar de commissie voor de Justitie werden gezonden.

Tot slot werd herinnerd aan de beslissing van de Conferentie van de voorzitters van 14 november 2001 die het niet raadzaam heeft geacht de beide ontwerpen in verenigde commissies te laten behandelen.

Opmerkingen vooraf

De heer Yvan Mayeur (PS) wenst in herinnering te brengen dat het regeerakkoord bepaalt dat de regering in ethische aangelegenheden de initiatieven door het parlement zal laten nemen. Het ware politiek dan ook niet correct de minister van Volksgezondheid te verzoeken het ontwerp te verdedigen als een van de regering uitgaand ontwerp.

I. — PROCÉDURE

La séance plénière de la Chambre du 15 décembre 2001 a renvoyé les projets de loi relatifs aux soins palliatifs (Doc 50 1489/001) et relatif à l'euthanasie (Doc 50 1488/001), transmis par le Sénat, à la commission de la Justice avec demande d'avis à la commission de la Santé publique.

Plusieurs membres de la commission ont déploré le renvoi des deux projets de loi à la commission de la Justice. Certains membres ont fait observer que les soins palliatifs relevaient uniquement des compétences de la commission de la Santé publique et non de la commission de la Justice d'autant plus que c'est aux seuls médecins qu'il appartiendra d'appliquer la loi. D'autres membres ont encore fait observer qu'il n'existait pas de hiérarchie entre les diverses commissions permanentes de la Chambre et qu'il était inacceptable que les deux projets de loi n^{os} 1488 et 1489 soient uniquement renvoyés en commission de la Justice.

Finalement, il a été rappelé à la décision de la Conférence des présidents du 14 novembre 2001 qui n'a pas jugé opportun de renvoyer les deux projets en commissions réunies.

Remarques préalables

M. Yvan Mayeur (PS) tient à rappeler que l'accord de gouvernement prévoit que, sur les sujets éthiques, le gouvernement laissera au parlement le soin de prendre les initiatives. Il serait dès lors politiquement incorrect de demander à la ministre de la Santé publique de défendre le projet comme étant un projet émanant du gouvernement.

II. — HOORZITTINGEN

Tijdens de vergadering van 8 januari 2002 heeft de commissie verscheidene Nederlandse deskundigen gehoord om zich over de situatie in Nederland te laten voorlichten.

1. Uiteenzetting van Drs. E. van Wijlick (leider van het SCEN-project van de KNMG) over het SCEN-project

Wordingsgeschiedenis van het project

Het bestuur van de KNMG heeft in 1984 een standpunt ingenomen over de euthanasie en de zorgvuldigheidseisen vastgesteld die in acht moeten worden genomen inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Het voornaamste gegeven van dat standpunt is dat een arts die te maken krijgt met een euthanasieverzoek te rade moet gaan bij een terzake ervaren collega. Er zijn twee vormen van raadpleging overwogen, de ene informeel, de andere formeel.

De commissie-Remmelink heeft in 1991 de resultaten voorgesteld van een onderzoek naar de omvang en de praktijk van de euthanasie. Dat onderzoek heeft in 1993 geleid tot de redactie van een nota die werd aanvaard door het bestuur van de KNMG en die een aantal voorstellen bevatte. Een van die voorstellen heeft in 1997 geleid tot het project Steun en consultatie bij euthanasie in Amsterdam (SCEA).

Doelstellingen

Het SCEN-project heeft tot doel een landelijk netwerk van artsen met een bepaalde deskundigheid in het leven te roepen. Het is dus de bedoeling te kunnen beschikken over goed opgeleide en voldoende bereikbare artsen. Tevens wordt een verbetering van de formele raadpleging beoogd, alsmede een coördinatie met de centra voor palliatieve zorg.

Ontwikkeling van het project

Die ontwikkeling gebeurt in stappen.

Er zijn in Nederland 23 districtshuisartsenverenigingen (DHV). Het principe is dat de artsen die niet deelnemen aan het project geen beroep zullen kunnen doen op SCEN-artsen.

De eerste fase is begonnen in 1997. Het conceptueel model berust op de idee van een netwerk van uitgekozen en onafhankelijke artsen die over een deskundigheid beschikken en die handelen volgens bepaalde richtlijnen. Die artsen worden gekozen op grond van hun

II. — AUDITIONS

Au cours de la réunion du 8 janvier 2002 la commission a entendu plusieurs experts néerlandais afin de s'informer sur la situation aux Pays-Bas.

1. Exposé de M. E. van Wijlick (directeur du projet SCEN de la Société royale néerlandaise pour la Promotion de la Médecine) sur le projet SCEN

Genèse du projet

C'est en 1984 que la direction de la Société royale néerlandaise pour la Promotion de la Médecine a adopté une position dans la matière de l'euthanasie, en déterminant les critères de rigueur qui doivent être respectés dans l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide. L'élément principal de cette position est qu'un médecin confronté à une demande d'euthanasie doit consulter un collègue expérimenté à ce sujet. Deux formes de consultations ont été envisagées, l'une informelle, et l'autre formelle.

En 1991, la commission Remmelink a présenté les résultats d'une enquête sur l'ampleur et la pratique de l'euthanasie. Cette enquête a mené, en 1993, à la rédaction d'une note acceptée par la direction de la Société pour la Promotion de la Médecine et présentant un certain nombre de propositions. L'une de ces propositions a conduit, en 1997, au projet « Soutien et consultation pour l'euthanasie à Amsterdam » (*Steun en consultatie bij euthanasie in Amsterdam-SCEA*).

Objectifs

L'ojectif du projet SCEN est de créer un réseau national de médecins capables de prodiguer une certaine expertise. Il s'agit donc d'arriver à pouvoir disposer de médecins bien formés et suffisamment accessibles. Une amélioration de la qualité de la consultation formelle est aussi visée, de même qu'une coordination avec les centres de soins palliatifs.

Développement du projet

Ce développement se fera par phases.

Il existe aux Pays-Bas 23 districts d'associations de médecins de famille (*Districtshuisartsenverenigingen* – DHV). Le principe est que les districts ne participant pas au projet ne pourront pas faire appel à des médecins SCEN.

La première phase a commencé en 1997. Son modèle conceptuel est basé sur l'idée d'un réseau de médecins sélectionnés, autonomes, disposant d'une expertise et agissant selon certaines directives. Le choix de ces médecins se fait sur la base de leur expérience (en-

deskundigheid (ongeveer 5 jaar ervaring inzake euthanasie en vrijwillige dood, goede consultbekwaamheid enz.).

Opleiding

De opleiding duurt drie dagen met telkens een tijdspanne van twee weken ertussen. Het is de bedoeling dat de arts nooit wordt geconfronteerd met een kritieke situatie, dat hij steeds op steun kan rekenen.

De opleiding berust dus op de volgende doelstellingen :

1. De consulent moet een advies kunnen geven aan de behandelend arts.

2. De consulent moet alternatieven kunnen formuleren die bedoeld zijn om het lijden te verzachten (leedverzachtende zorg).

3. De consulent moet consulten kunnen houden met de patiënt om na te gaan of het wel om een vrijwillig en weldoordacht verzoek gaat, of het lijden ondraaglijk is enz.

Concreet ziet het programma er als volgt uit :

— de eerste dag is gewijd aan de taken en de functies van de consulent;

— tijdens de tweede dag komen de vragen in verband met de valkuilen omtrent de communicatie en de emoties die kunnen rijzen in het kader van een genadedood aan bod;

— tijdens de laatste dag worden de mogelijke alternatieven en het eindadvies besproken.

Consultprotocol en « check list »

In het kader van het project zijn twee documenten ontwikkeld :

— het consultprotocol, dat de raadgevend arts moet helpen bij het verstrekken van raad;

— de « check list ».

Consultprotocol : twee soorten van richtlijnen worden onderzocht, waarvan de ene betrekking hebben op de werkwijze en de andere op de inhoud van het consult.

De eerste houden vooral verband met de onafhankelijkheid van de arts (geen relatie met de patiënt bijvoorbeeld) en met diens activiteiten, en de tweede betreffen de criteria inzake professionalisme en de criteria die in aanmerking moeten worden genomen opdat de arts zijn advies geeft.

Check list : die vloeit voort uit het protocol. Het principe is dat een verslag wordt gemaakt van alles wat werd gedaan, waarin wordt nagegaan of naar alternatieve oplossingen werd gezocht, of daarover werd gesproken met de patiënt, of het lijden ondraaglijk was, of het verzoek weloverwogen was, waarom de arts werd gekozen enz.

viron 5 ans d'expérience en rapport avec l'euthanasie et la mort volontaire, bonnes capacités de consultation, etc.)

Formation

Elle dure trois jours, espacés chacun par une période de deux semaines. Le but est d'arriver à ce que le médecin ne soit jamais confronté à une situation critique, qu'il y ait en permanence une possibilité de soutien.

La formation est donc basée sur les objectifs suivants :

1. Le consultant doit pouvoir donner un avis au médecin traitant.

2. Le consultant doit pouvoir formuler des alternatives destinées à diminuer les souffrances (soins palliatifs).

3. Le consultant doit pouvoir mener des consultations avec le patient, afin de voir s'il s'agit d'une demande volontaire et bien réfléchie, si les souffrances sont insupportables, etc.

Concrètement, le programme est le suivant :

— le premier jour est consacré aux tâches et fonctions du consultant;

— au cours du second, les questions liées aux pièges autour de la communication et des émotions qui peuvent surgir dans le cadre d'une euthanasie sont abordées;

— lors du troisième jour, les alternatives possibles et l'avis final sont examinés.

Protocole de consultation et « check list »

Deux documents ont été développés au sein du projet :

— le protocole de consultation, qui doit aider le médecin consultant à donner sa consultation;

— la « check list ».

Protocole de consultation : deux types de directives sont examinées, les unes concernant la procédure et les autres le contenu de la consultation.

Les premières ont essentiellement un rapport avec l'indépendance du médecin (pas de relations avec le patient par exemple) et les activités de celui-ci, et les secondes les critères de professionnalisme et les critères à prendre en compte pour que le médecin donne son avis.

Check list : celle-ci découle du protocole. Le principe est qu'un rapport de tout ce qui a été fait est rédigé, qui examine si des solutions alternatives ont été recherchées, s'il en a été question avec le patient, si les souffrances étaient insupportables, si la demande était réfléchie, pourquoi le médecin a été choisi, etc.

Het verslag moet eindigen met een eindbesluit, dat aanvangt met « Ik ben van oordeel dat » (eindadvies, met betrekking tot de zorgvuldigheidseisen).

De SCEN-artsen komen viermaal per jaar bijeen om de problemen te bespreken waarmee ze te kampen hebben en na te gaan of de procedures zijn aangepast.

Thans nemen 19 districten deel aan het project en zijn 350 SCEN-artsen erbij betrokken. Het project zou binnenkort ook in de overige regio's moeten lopen.

De eerste fase zou in 2003 moeten afgerond zijn. Vervolgens zou een tweede fase duren tot 2006, vooral om het project te verruimen tot de ziekenhuizen en de klinieken.

2. **Uiteenzetting van Pr. Dr. G. van der Wal, hoogleraar sociale geneeskunde aan de universiteit van Amsterdam en onderzoeker op het vlak van euthanasie**

We kunnen gerust stellen dat euthanasie in Nederland al sinds lang aan de orde van de dag is. Het debat hieromtrent is ongetwijfeld op gang gebracht in 1973, toen de rechter zich moest uitspreken over het geval van een arts die een patiënt in een verzorgingstehuis had geholpen te sterven. Dat geval en de eruit voortvloeiende rechtspraak hebben indertijd dus tot een debat geleid, zowel in de publieke opinie als in de beroepswereld. Hoewel de standpunten over euthanasie binnen de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) sterk uiteenliepen, werd erkend dat het fenomeen bestond en heeft de beroepswereld voor de euthanasiegevallen een geheel van zorgvuldigheidseisen uitgewerkt.

Al is geen enkele van de destijds ingediende wetsvoorstellen verwezenlijkt, toch kwamen in 1991 en 1994 twee hervormingen tot stand die de meldingsprocedure van euthanasiegevallen hebben gewijzigd. Betrouwbare bronnen geven aan dat die wijziging heeft geleid tot een verdubbeling van het aantal euthanasiemeldingen (één op vijf vóór de hervorming, twee op vijf erna).

In 1998 werden vervolgens vijf regionale toetsingscommissies ingesteld. Die bestaan uit een jurist, een arts en een specialist ethische vraagstukken.

Tot slot werd in de beide wetgevende Kamers van Nederland een meerderheid gevonden voor de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, die in maart 2002 in werking zou moeten treden. Volgens die wet blijft euthanasie strafbaar (dat wil zeggen : opgenomen in het Strafwetboek), maar wordt geen strafrechtelijke vervolging ingesteld als de betrokken arts een aantal, door de wet opgesomde zorgvuldigheidscriteria heeft nageleefd.

Le rapport doit se terminer par une conclusion finale, qui commence par « j'estime que … » (avis final, en rapport avec les critères de rigueur).

Quatre fois par an, les médecins SCEN se regroupent, afin d'examiner les problèmes qu'ils rencontrent, et de voir si les procédures sont adaptées.

Pour le moment, 19 districts participent au projet. 350 médecins SCEN sont concernés. Les autres régions devraient être opérationnelles sous peu.

La première phase devrait être terminée en 2003. Une seconde phase devrait ensuite durer jusqu'en 2006, principalement afin d'élargir le projet aux hôpitaux et aux cliniques.

2. **Exposé du professeur G. van der Wal (professeur en médecine sociale à l'université d'Amsterdam et chercheur dans le domaine de l'euthanasie)**

L'euthanasie est sans doute un phénomène fort ancien aux Pays-Bas. L'émergence d'un débat important autour de ce thème remonte incontestablement à 1973, année où a été jugé le cas d'un médecin ayant aidé l'un des patients d'une maison de santé à mourir. Ce cas et la jurisprudence qui en a découlé a donc mené à la tenue d'un débat, tant dans le public que dans les milieux professionnels. Bien qu'il y avait, à l'époque, une grande divergence de vues à propos de l'euthanasie au sein de la Société royale néerlandaise pour la Promotion de la Médecine (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst-KNMG*), l'existence du phénomène a été constatée, et la profession a élaboré un ensemble d'« exigences de rigueur » (« *zorgvuldigheidseisen* ») pour les cas d'euthanasie.

Même si aucune des propositions de loi déposées à l'époque n'a abouti, deux réformes ont cependant eu lieu en 1991 et en 1994, qui ont modifié la procédure de communication des cas d'euthanasie (*meldingsprocedure*). Ce changement a mené, selon des estimations fiables, au doublement des notifications d'euthanasie (un cas sur cinq avant la réforme, deux sur cinq après).

Des commissions régionales de contrôle (*regionale toetsingscommissies*) ont ensuite été mises en place, en 1998. Celles-ci, au nombre de cinq, sont composées d'un juriste, d'un médecin et d'un spécialiste des questions d'éthique.

Enfin, en 2001, une majorité a pu être dégagée au sein des Chambres législatives des Pays-bas, et une loi sur le « contrôle de l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide » a été adoptée (celle-ci devrait entrer en vigueur en mars 2002). Selon cette loi, l'euthanasie reste punissable (et reste inscrite dans le code pénal), mais elle est dépénalisée lorsqu'elle est commise par un médecin ayant respecté un certain nombre de « critères de rigueur » énumérés par la loi.

De behandelende arts blijft verplicht elk euthanasiegeval te melden, door de gemeentelijke lijkschouwer in kennis te stellen van de doodsoorzaak en hem een met redenen omkleed verslag te bezorgen over de naleving van de zorgvuldigheidscriteria.

3. **Uiteenzetting van Dr. G. Kimsma (huisarts en docent medische ethiek aan het Vrije Universiteit Medisch Centrum te Amsterdam, lid van de regionale toetsingscommissie in Zuid-Holland)**

In Nederland bestaat voor euthanasie een ruim sociaal draagvlak, aangezien circa 90 % van de bevolking en de artsen positief staan tegenover een dergelijke mogelijkheid. Die steun vanuit de bevolking en de beroepswereld heeft er in de loop van de tijd voor gezorgd dat precieze criteria konden worden uitgewerkt, die werden opgenomen in de wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

In Nederland ziet de situatie er momenteel als volgt uit : wanneer een patiënt zegt ondraaglijk te lijden, vinden een reeks gesprekken met zijn behandelende arts plaats. Ingeval de patiënt en de arts samen beslissen om tot euthanasie over te gaan, moet de behandelende arts een beroep doen op een consulent. Die consulent — eveneens een arts — moet de behandelende arts bijstaan, teneinde te voorkomen dat hij het bestaan van palliatieve zorg over het hoofd ziet, onjuiste maatregelen treft of de situatie fout inschat. Voorts ontmoet hij de patiënt en zijn familie, gaat hij na of de beslissing vrij werd genomen en of er geen sprake is van twijfel of dwang. Tevens wordt nagegaan of het dossier volledig is en of er geen enkel alternatief bestaat. Tot slot controleert de consulent meer impliciet of de behandelende arts bij machte is de gepaste middelen aan te wenden om het leven van de patiënt te beëindigen.

Het betreft hier dus een soort van toetsing vooraf.

De familie kan de euthanasie bijwonen, indien zij en de patiënt dat wensen. In de meeste gevallen heeft de arts vooraf ook contact opgenomen met de gemeentelijke lijkschouwer. Die komt na de euthanasie ter plaatse, net als de ministeriële officier. Laatstgenoemde stelt vast of er wel degelijk sprake was van euthanasie, waarna de toestemming tot begraving kan worden verleend. Vervolgens stelt de behandelende arts een rapport op en verzendt dat aan de regionale toetsingscommissie, die instaat voor de toetsing achteraf, als aanvulling op de eerste toetsing door de arts.

Uit de ervaring van die toetsingscommissies blijkt dat euthanasie in 80 % van de gevallen wordt uitgevoerd op terminale patiënten — vaak kankerpatiënten — voor wie geen alternatieve behandeling meer mogelijk is. De praktijk leert eveneens dat de kwaliteit van de door de consulenten geleverde prestaties er sinds de invoering

Le médecin traitant reste tenu de déclarer l'euthanasie, en communiquant au médecin légiste de la commune la cause du décès et un rapport motivé sur le respect des critères de rigueur.

3. **Exposé du docteur G. Kimsma (médecin généraliste et chargé de cours en éthique médicale à la *Vrije Universiteit Medisch Centrum* d'Amsterdam, membre de la commission de contrôle de la Hollande méridionale)**

L'euthanasie bénéficie aux Pays-Bas d'un large appui social, puisque environ 90 % de la population et des médecins se sont déclarés favorables à l'existence d'une telle possibilité. Ce soutien populaire et professionnel a permis d'élaborer, au fil du temps, des critères précis qui ont été repris dans la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide.

La situation actuelle aux Pays-Bas est la suivante : lorsqu'un patient déclare qu'il est atteint de souffrances insupportables, plusieurs discussions ont lieu avec son médecin traitant. Si le patient et le médecin décident ensemble de procéder à l'euthanasie, le médecin traitant fera appel à un médecin consultant. Ce dernier sera chargé d'assister le médecin traitant, afin d'éviter que celui-ci ne perde de vue l'existence de mesures palliatives, qu'il ne prenne des mesures erronées ou qu'il évalue mal la situation. Il rencontre également le patient et sa famille et vérifie que la décision est prise librement, et qu'il n'existe ni doute, ni contrainte. Il sera aussi examiné si le dossier est complet, et si aucune alternative n'est envisageable. Enfin, le médecin consultant contrôlera, de manière plus implicite, si le médecin traitant sait faire usage des moyens appropriés pour mettre fin à la vie du patient.

Il s'agit donc d'une sorte de contrôle *a priori*.

Lorsque l'acte d'euthanasie est pratiqué, la famille peut, si tel est son souhait et celui du patient, être présente. Dans la plupart des cas, le médecin traitant a pris préalablement contact avec le médecin légiste de la commune. Celui-ci viendra après l'euthanasie, de même que l'officier ministériel. C'est ce dernier qui permettra de délivrer l'autorisation d'inhumer lorsqu'il aura constaté qu'il s'agit bel et bien d'un cas d'euthanasie. Un rapport établi par le médecin traitant est ensuite envoyé à la commission régionale de contrôle, qui effectuera un contrôle *a posteriori*, complétant le premier contrôle du médecin.

L'expérience acquise au sein de ces commissions de contrôle a permis de constater que, dans 80 % des cas, l'euthanasie concerne des patients en phase terminale, souvent atteints du cancer, et pour lesquels plus aucune alternative ne pouvait être envisagée. La pratique permet aussi d'affirmer que la qualité de la prestation des

van het SCEN-project fors is op vooruitgegaan, en dat de huidige toetsing beter verloopt dan die welke het openbaar ministerie vroeger exclusief uitvoerde. Die toetsing is des te doeltreffender doordat de toetsingscommissie bijkomende informatie kan opvragen of een onderhoud met de arts kan plannen, als zij meent over onvoldoende informatie te beschikken. Dat soort van ontmoetingen heeft overigens uitgewezen dat de eventuele leemten in de aan de toetsingscommissie bezorgde informatie veeleer te wijten waren aan het feit dat de artsen niet goed wisten wat de toetsingscommissie eigenlijk van hen verwachtte, dan aan echte knelpunten in de toepassing van euthanasie.

Twee van de zorgvuldigheidseisen doen een aantal vragen rijzen :

— het verzoek vanwege de patiënt. Het verzoek moet duurzaam, volkomen vrijwillig en weloverwogen zijn. De arts moet de patiënt bijgevolg bij herhaling vragen zijn wil te bevestigen. Dat zal door de toetsingscommissie worden nagegaan. De Nederlandse wet hecht veel belang aan de wilsverklaring van de patiënt. Die kwestie ligt vrij gevoelig en doet in sommige gevallen een probleem rijzen, met name als de patiënt vroeger schriftelijk te kennen heeft gegeven dat hij een beroep wenste te doen op euthanasie (onder meer bij personen met de ziekte van Alzheimer). Kan men in dergelijke gevallen zeggen dat die wil overeenstemt met de huidige wil van de patiënt ? De wet lijkt dat te aanvaarden en vooruit te lopen op de praktijk. De gezondheidswerkers zijn veel terughoudender;

— het lijden van de patiënt moet ondraaglijk en uitzichtloos zijn. De arts en de patiënt moeten het lijden beoordelen. Die beoordeling maakt dus ook deel uit van de verantwoordelijkheid van de arts. Die rol van de arts wordt thans opnieuw in vraag gesteld en sommigen zijn van oordeel dat die rol zou moeten worden beperkt en dat de patiënt de beslissing alleen zou moeten nemen. De spreker is van mening dat de rol van de arts moet gewaarborgd zijn.

Dat probleem van de beoordeling van het lijden houdt verband met de vraag of de patiënt in een terminale fase moet verkeren om gebruik te mogen maken van euthanasie. Het Belgisch wetsontwerp is terzake niet duidelijk. In Nederland heeft men even overwogen die voorwaarde op te nemen in het wetsontwerp, maar die mogelijkheid is uiteindelijk verworpen. Er zijn immers tal van patiënten met chronische ziekten die eveneens ondraaglijk lijden veroorzaken (bijvoorbeeld hartziekten, longziekten en neurologische ziekten). De terminale fase moet dus geen absolute voorwaarde zijn voor euthanasie. Niets belet trouwens dat een strikte controle wordt uitgevoerd. De spreker suggereert in dat opzicht dat meer aandacht wordt besteed aan en meer raadplegingen

médecins-consultants s'est largement améliorée depuis que le projet SCEN a été mis en place, et que le contrôle qui existe actuellement est supérieur à celui qui était, autrefois, assuré exclusivement par le ministère public. Ce contrôle est d'autant plus efficace que la commission de contrôle peut, si elle estime qu'elle ne dispose pas d'informations suffisantes, demander des renseignements complémentaires ou organiser une rencontre avec le médecin. Ce genre de rencontre a d'ailleurs montré que, dans la plupart des cas, les lacunes dans les informations transmises à la commission de contrôle découlaient davantage d'une mauvaise évaluation par le médecin des attentes de cette commission plutôt que d'un réel problème dans la pratique de l'euthanasie.

Parmi les différents critères de rigueur, deux d'entre eux soulèvent certaines questions :

— la demande de la part du patient. Cette demande doit être durable, mûrement réfléchie et réellement volontaire. Le médecin doit donc demander à plusieurs reprises au patient de confirmer sa volonté, et cet élément sera vérifié par la commission de contrôle. La loi néerlandaise sur l'euthanasie accorde une grande importance à la déclaration de volonté du patient. Cette question est assez sensible et pose problème dans certains cas, lorsque le patient a, antérieurement, déclaré par écrit sa volonté de recourir à l'euthanasie (cas notamment de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Peut-on, dans ces cas-là, dire que cette volonté correspond à la volonté actuelle du patient ? La loi semble l'accepter, et anticiper sur la pratique. Le corps professionnel est, lui, beaucoup plus réticent;

— les souffrances du patient doivent être insupportables et sans perspective d'amélioration. L'appréciation de ces souffrances doit être effectuée par le médecin et le patient. Celle-ci relève donc également de la responsabilité du médecin. Ce rôle du médecin est actuellement remis en cause, et certains estiment qu'il devrait être revu à la baisse et que la décision devrait donc être laissée au patient seul. L'intervenant estime que le rôle du médecin doit être garanti.

Ce problème de l'appréciation de la souffrance a un rapport avec la question de savoir si le patient doit, pour pouvoir recourir à l'euthanasie, être en phase terminale. Ce point n'est pas clairement établi dans le projet de loi belge. Aux Pays-Bas, il fut un instant envisagé d'insérer cette condition dans le projet de loi, mais cette option a finalement été écartée. Il existe en effet de nombreux patients atteints de maladies chroniques qui causent également des souffrances insupportables (cas, par exemple, des maladies cardiaques, pulmonaires ou neurologiques). La phase terminale ne doit donc pas être une condition *sine qua non* de l'euthanasie. Rien ne s'oppose d'ailleurs à ce qu'un contrôle strict soit exercé, et l'intervenant suggère à cet égard que davantage d'at-

worden georganiseerd voor de patiënten wier levensverwachtingen meer dan een maand bedragen.

Om af te ronden, er bestaat in Nederland een praktijk inzake euthanasie die georganiseerd en gestructureerd is, die kan rekenen op de steun van de bevolking en van de artsenstand en die berust op een specifieke opleiding van de artsen. Er blijven echter nog vragen en bepaalde ontwikkelingen tonen aan dat over dat onderwerp nog niet alles is gezegd.

4. **Uiteenzetting van Dr. N. Mensing van Charante (huisarts, arts bij SCEN/SCEA, docent aan de KNMG – opleidingscursus voor de artsen van SCEN, lid van het medisch tuchtcollege)**

Dr. Mensing van Charante geeft kennis van een aantal vaststellingen en ideeën die voortvloeien uit de praktijk in Nederland :

— strikt genomen is er geen recht op euthanasie. Euthanasie is geen normale medische handeling. Ze blijft strafbaar en is trouwens nog steeds opgenomen in het Strafwetboek, ook al wordt in een uitsluitingsgrond voorzien.

— Euthanasie is evenmin een emotioneel neutrale handeling. Er komt immers een relatie met de patiënt tot stand, en dat is des te begrijpelijker omdat de euthanasie vaak door de huisarts wordt uitgevoerd. Er zij trouwens op gewezen dat die relatie belangrijk is en dat het ondenkbaar is dat sommige beroepsbeoefenaars « euthanasiearsten » zouden worden die alleen die handeling zouden verrichten.

— De uitvoering van de euthanasie moet transparant zijn en als ze wordt toegepast, moet daarvan kennis worden gegeven, ook al zijn er aanwijzingen dat die kennisgeving niet altijd plaatsvindt.

— Uit de statistieken blijkt dat in 84 % van de gevallen de euthanasie wordt uitgevoerd door de huisarts. Dat betekent dat zelfs wanneer de patiënt opgenomen is in het ziekenhuis de deskundigheid van de behandelend arts nuttig en zelfs onontbeerlijk is.

— De artsen die de mogelijkheden van de leedverzachtende zorg niet kennen, moeten zich ervan onthouden patiënten te euthanaseren, onder meer omdat ze niet in staat zullen zijn de zorgvuldigheidseisen correct toe te passen.

— Iedere arts moet vrij blijven al dan niet euthanasie te plegen. Indien hij ertegen gekant is, moet hij zijn patiënten daarvan wel tijdig op de hoogte brengen.

— De wilsverklaring van de patiënt is een wezenlijk onderdeel van de beslissing. Hoe staat het met de verklaring die van tevoren is gedaan ? Die kan een probleem doen rijzen, meer bepaald als de patiënt dement

tention soit accordée, et plus de consultations organisées pour les patients dont l'espérance de vie est supérieure à un mois.

En conclusion, il y a aux Pays-Bas une pratique de l'euthanasie qui est organisée, structurée, qui bénéficie du soutien de la population et du corps médical et qui s'appuie sur une formation spécifique des médecins. Des questions restent néanmoins posées, et certaines évolutions en cours montrent que le sujet est loin d'être épuisé.

4. **Exposé du docteur N. Mensing van Charante (médecin généraliste, médecin au SCEN/SCEA, chargé de cours à la Société royale néerlandaise pour la Promotion de la Médecine – cours de formation pour les médecins du SCEN, membre du collège disciplinaire médical)**

Le Dr Mensing van Charante fait part d'un certain nombre de constatations et d'idées issues de la pratique aux Pays-Bas :

— il n'existe pas, à proprement parler, un droit à l'euthanasie. L'euthanasie n'est pas un acte médical normal. Elle reste délictueuse, et est d'ailleurs toujours inscrite dans le Code pénal, même si un motif d'exclusion est prévu.

— L'euthanasie ne constitue pas non plus un acte émotionnellement neutre. Il y a en effet une relation qui se développe avec le patient, ce qui se comprend d'autant plus que le médecin qui la pratique est souvent le médecin traitant. Il faut d'ailleurs souligner que ce rapport avec le patient est important, et qu'il ne se concevrait donc pas que certains professionnels devinssent des « médecins de l'euthanasie », dont la tâche se résumerait à l'accomplissement de cet acte.

— La pratique de l'euthanasie doit être transparente, et, lorsqu'elle a lieu, celle-ci doit être impérativement notifiée, même si des indications tendent à montrer que cette notification n'est pas toujours effectuée.

— Les statistiques montrent que 84 % des euthanasies sont pratiquées par des généralistes. Cela signifie que, même lorsque le patient est hospitalisé, l'expertise du médecin traitant est utile et même incontournable.

— Les médecins qui ne connaissent pas les possibilités qu'offrent les soins palliatifs doivent s'abstenir de pratiquer l'euthanasie, notamment parce que ceux-ci ne seront pas en mesure d'appliquer correctement les critères de rigueur.

— Tout médecin doit rester libre de pratiquer ou non l'euthanasie. S'il s'y oppose, il doit cependant en informer ses patients à temps.

— La déclaration de volonté du patient est un élément essentiel de la décision. Qu'en est-il de la déclaration anticipée ? Celle-ci peut poser problème, particulièrement dans les cas où le patient est atteint de démence.

is. De spreker vindt dat in dergelijke gevallen geen euthanasie mag worden uitgevoerd. Veel artsen delen die mening. Hij is tevens van oordeel dat de artsen die bij het SCEN-project betrokken zijn in die gevallen niet zeker kunnen zijn dat wel degelijk aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan aangezien geen echt contact met de patiënt mogelijk is.

— De beoordeling van de pijn is een van de problemen die rijzen. Die beoordeling is immers zeer subjectief en hangt af van de patiënt.

— Zoals trouwens blijkt uit de eerste letter van het acroniem (S = steun) bestaat de voornaamste taak van de artsen van het SCEN-project erin de artsen te steunen en te helpen bij de algemene benadering van het euthanatisch handelen. Die steun zal bijzonder nuttig zijn voor de artsen, ook al gaat het om een minderheid, die een bepaalde pressie ervaren. Die steun is dus primordiaal en het is wellicht die communicatie met de artsen die in de toekomst het belangrijkste aspect zal zijn van het SCEN-project.

Vragen met betrekking tot de uiteenzetting van professor van der Wal

De heer Hubert Brouns (CD&V) vraagt wat het statuut is van de « gemeentelijke lijkschouwers ».

Volgens *professor van der Wal* hebben zij een tweeledig statuut : het gaat om artsen die terzelfdertijd « semi-ambtenaren zijn ». De gemeentelijke lijkschouwers ontvangen de rapporten van de artsen die euthanasie hebben uitgevoerd, vooraleer die rapporten aan de toetsingscommissie worden bezorgd. Voorts kan de commissie hen om bijkomende informatie verzoeken, indien zulks noodzakelijk is om de handelingen van de arts correct te kunnen evalueren. Aldus dragen ook zij bij tot de toetsing van de euthanasie.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vraagt of de euthanasie enig effect heeft op de levensverzekering die de overledene eventueel had afgesloten.

Professor van der Wal antwoordt dat de euthanasie geen enkel gevolg heeft op dat soort van verzekeringen, ook al wordt die overlijdensvorm niet tot de « natuurlijke doodsoorzaken » gerekend.

De heer Jef Valkeniers (VLD) heeft vragen bij het aantal vrijwilligers dat zich aanmeldt om deel uit te maken van de toetsingscommissies, temeer daar blijkt dat soortgelijke commissies in België, met name die inzake abortus, op dat vlak moeilijkheden hebben ondervonden. Zullen er genoeg kandidaten worden gevonden om lid te worden van die toetsingscommissies ? Hoe staan de zaken er in Nederland voor ?

Welke waarborgen zijn er bovendien dat de door die toetsingscommissies uitgevoerde controle enigszins uniform verloopt ?

L'intervenant estime, à titre personnel, que l'euthanasie ne peut être pratiquée dans ces cas, et beaucoup de médecins sont du même avis. Il considère également que les médecins impliqués dans le projet SCEN ne peuvent, dans ces cas, avoir l'assurance que les critères de rigueur sont effectivement rencontrés, puisqu'aucun contact réel ne peut être établi avec le patient.

— L'un des problèmes qui se pose est celui de l'appréciation de la douleur. Celle-ci est en effet éminemment subjective, et dépendra du patient.

— La tâche principale des médecins impliqués dans le projet SCEN est, comme l'indique d'ailleurs la première lettre de l'acronyme (S = *steun* = soutien), de soutenir les médecins, de leur fournir une aide dans l'appréhension globale de l'acte d'euthanasie. Cette aide sera particulièrement utile pour les médecins qui, même s'ils sont minoritaires, ressentent une certaine pression peser sur eux. Ce soutien est donc primordial, et c'est sans doute cette communication avec les médecins qui constituera dans l'avenir l'élément le plus important du projet SCEN.

Questions relatives à l'exposé du professeur van der Wal

M. Hubert Brouns (CD&V) demande quel est le statut des « médecins légistes de la commune »

Le professeur van der Wal précise que ceux-ci ont un statut hybride : ce sont des médecins, qui sont en même temps « semi-fonctionnaires ». Ce sont ces médecins-légistes qui reçoivent communication des rapports établis par les médecins ayant pratiqué une euthanasie avant de les transmettre à la commission de contrôle. La commission peut par ailleurs leur demander des informations complémentaires, lorsque cela est nécessaire pour évaluer correctement les actes du médecin. Ils participent donc au contrôle de l'euthanasie.

Mme Anne-Mie Descheemaker (Agalev-Ecolo) demande si l'euthanasie a un quelconque effet sur l'assurance vie que le défunt aurait, le cas échéant, contractée.

Le professeur van der Wal répond que, même si l'euthanasie n'est pas cataloguée dans les « morts naturelles », elle n'a aucune conséquence sur ce type d'assurances.

M. Jef Valkeniers (VLD) s'interroge sur le nombre de volontaires prêts à participer aux commissions de contrôle, surtout lorsqu'on observe les problèmes qu'ont rencontré des commissions analogues, instituées en Belgique en matière d'avortement. Y aura-t-il suffisamment de personnes disposées à devenir membres des comités de contrôle ? Quelle est la situation aux Pays-Bas ?

De quelles garanties dispose-t-on par ailleurs pour s'assurer d'une certaine uniformité dans le contrôle exercé par ces commissions ?

Professor van der Wal stipt aan dat er in Nederland slechts vijf toetsingscommissies bestaan, met elk drie leden (en hun plaatsvervangers). Tot dusver heeft de samenstelling nog geen problemen opgeleverd. Die commissies werken op dezelfde manier en de wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidscriteria staan borg voor een zekere cohesie in de toetsing. Die cohesie wordt nog versterkt door ontmoetingen die op geregelde tijdstippen plaatsvinden, alsook door de verplichte opmaak van een jaarverslag.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) merkt op dat de wet enerzijds betrekking heeft op de « levensbeëindiging op verzoek », en anderzijds op de « hulp bij zelfdoding ». Zijn er cijfers beschikbaar ? En blijkt dat onderscheid uit die cijfers ?

Professor van der Wal kan bevestigen dat de cijfers beide begrippen gescheiden weergeven, ook al liggen ze inhoudelijk zeer dicht bij elkaar. Op de 2 000 gevallen die in het jaarverslag 2000 van de toetsingscommissies zijn opgenomen, ressorteren er 1 800 onder euthanasie, circa 200 onder hulp bij zelfdoding en 45 onder beide categorieën (« gemengde » gevallen).

Vragen met betrekking tot de uiteenzettingen van de heren van Wijlick, Kimsma en Mensing van Charante

De heer Jef Valkeniers (VLD) vindt het verontrustend dat euthanasie in Nederland mogelijk is zonder dat de patiënt terminaal hoeft te zijn. Dreigt de toepassingssfeer van euthanasie daardoor niet te ruim te worden ? Is het mogelijk daaromtrent nadere preciseringen te krijgen ? De toepassing van euthanasie op mentale zieken doet eveneens problemen rijzen en heeft in België en in Nederland overigens al tot enig verzet geleid. Er doet zich terzake een reëel risico voor, dat bij de goedkeuring van de Belgische wet hoort te worden uitgesloten. Professor Mensing van Charante heeft daarenboven ook aangevoerd dat de behandelende arts het best geplaatst is om euthanasie toe te passen. Is dat werkelijk de beste oplossing ? Ware het niet beter dat een « vertrouwensarts » die taak op zich neemt, zeker als men bedenkt dat sommige behandelende artsen zich terzake terughoudend opstellen ?

Voorts werd gepleit voor transparantie. Als euthanasie « transparant » wordt, welke waarborgen hebben we dan nog tegen eventuele lekken ? Vandaag de dag worden vele zelfmoorden verhuld, vaak omdat de familie van de overledene dat zo wenst. Moet die mogelijkheid ook niet bestaan inzake euthanasie, tenminste als dat de wens is van de familie of de overledene ?

Tot slot werd onderstreept dat de arts op de hoogte moest zijn van de verschillende mogelijkheden op het

Le professeur van der Wal signale qu'il n'existe que cinq commissions de contrôle aux Pays-Bas, chacune d'entre elle comptant 3 membres (et leurs suppléants), et qu'aucun problème ne s'est posé pour les constituer. Ces commissions travaillent de manière analogue, et les critères de rigueur qui ont été définis dans la loi permettent de garantir une certaine homogénéité dans le contrôle, homogénéité renforcée par des rencontres régulières et par l'obligation de rédiger un rapport annuel.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) remarque que la loi a trait d'une part à « l'interruption de la vie sur demande » (« *levensbeëindiging op verzoek* »), et d'autre part à « l'aide au suicide » (« *hulp bij zelfdoding* »). Dispose-t-on de chiffres ? Ces chiffres tiennent-ils compte de cette distinction ?

Le professeur van der Wal confirme que, même si ces deux notions sont très proches, les chiffres les concernant ne les confondent cependant pas. Sur les 2000 cas comptabilisés dans le rapport de l'an 2000 des commissions de contrôle, 1800 concernent l'euthanasie, environ 200 l'aide au suicide, et 45 cas les deux catégories (cas « mixtes »).

Questions relatives aux exposés de messieurs Wijlick, Kimsma et Mensing van Charante

M. Jef Valkeniers (VLD) s'inquiète qu'il ne faille pas, aux Pays-Bas, que le patient soit en phase terminale pour qu'il soit procédé à l'euthanasie. N'est-ce pas courir le risque de trop étendre le champ d'application de l'euthanasie ? Serait-il possible d'obtenir plus de précisions à ce sujet ? L'application de l'euthanasie aux patients atteints de maladies mentales pose aussi problème, et a d'ailleurs suscité certaines oppositions en Belgique et aux Pays-Bas. Il y a là un réel risque de dérive, qu'il faudra écarter lors de l'adoption de la loi belge. Le professeur Mensing van Charante a par ailleurs considéré que le médecin traitant serait le mieux placé pour pratiquer l'euthanasie. Cette solution est-elle vraiment la meilleure ? Ne pourrait-on pas imaginer qu'un « médecin de confiance » se charge de cette tâche, surtout quand on sait que certains médecins traitants seront réticents ?

Il a aussi été plaidé pour la transparence. Si l'euthanasie devient un acte « transparent », de quelles garanties dispose-t-on contre d'éventuelles fuites ? Beaucoup de suicides sont aujourd'hui cachés, souvent suite à la volonté de la famille du défunt. Ne faudrait-il pas laisser également cette possibilité en matière d'euthanasie, si tel est le souhait de la famille ou du défunt ?

Enfin, il a été souligné que le médecin devait être au courant des différentes possibilités offertes par la mé-

vlak van palliatieve zorg. Hoe pakt Nederland dat aan ? Wordt er een specifieke opleiding georganiseerd ?

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) wil weten wat er gebeurt als de behandelende arts weigert euthanasie toe te passen. De sinds jaren door die arts behandelde patiënt zou in dat geval verplicht worden zich te richten tot een arts die hij niet kent, wat uiteraard problemen oplevert. Bovendien is een onderscheid gemaakt tussen mentale zieken en andere zieken. Geldt dat onderscheid ook voor comapatiënten ? Met andere woorden : zijn beide situaties vergelijkbaar ?

De heer Hubert Brouns (CD&V) stipt aan dat artikel 2 van de in Nederland aangenomen wet, waarin de zorgvuldigheidscriteria staan opgesomd die moeten worden nageleefd om euthanasie te kunnen toepassen, niet preciseert of het al dan niet moet gaan om een arts die bij het SCEN-project betrokken is. Hoe komt dat ? Gaat aldus geen waarborg verloren ?

De heer Yvan Mayeur (PS) vraagt nadere preciseringen in verband met de personen die gemachtigd zijn euthanasie uit te voeren. Schuilt er in zekere zin geen tegenstrijdigheid in de vereiste dat de arts de patiënt goed moet kennen en dat hij inzake palliatieve zorg en euthanasie van enige bedrevenheid moet doen blijken ? Het is best mogelijk dat een behandelende arts, die zijn patiënt per definitie goed kent, geen ervaring in die aangelegenheden heeft. Wat moet voorrang krijgen ? De technische of de morele waarde ?

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) stipt aan dat de SCEN-arts kennelijk als tussenpersoon optreedt tussen de patiënt en de behandelende arts. Wie moet de euthanasie melden : de behandelende arts of de SCEN-arts ?

De heer Luc Goutry (CD&V) brengt de volgende punten aan de orde :

— Ondraaglijk lijden : in Nederland is bepaald dat de arts het ondraaglijk lijden beoordeelt. Hoe kan hij dat concreet doen ? Hoe kan men iets dat uiterst subjectief is, objectiveren ? Hoe staat het met het ondraaglijk psychisch lijden ?

— Levenseinde : zijn er in de praktijk euthanasieverzoeken geweest van patiënten met een slepende ziekte ? 80 % van de patiënten die om euthanasie hebben verzocht, waren in de terminale fase. Wat met de overige 20 % ?

— Personen met een mentale ziekte : professor Mensing van Charante heeft persoonlijk het euthanaseren van personen met een mentale ziekte uitgesloten en heeft erop gewezen dat veel artsen het daarmee eens zijn. Is het mogelijk ter zake preciseringen te krijgen ?

— Bestaat er een hulp *a posteriori* voor de artsen die euthanasie hebben uitgevoerd ?

decine palliative. Quelle est la situation en la matière aux Pays-Bas ? Un enseignement spécifique est-il organisé ?

Mme Anne-Mie Descheemaker (Agalev-Ecolo) s'interroge sur les cas où le médecin traitant refuserait de pratiquer l'euthanasie. Le patient traité par ce médecin depuis des années serait obligé de faire appel à un docteur qu'il ne connaît pas, ce qui poserait évidemment problème. Une distinction a par ailleurs été faite entre les patients atteints d'une maladie mentale et les autres. Cette distinction s'étend-t-elle aux personnes plongées dans le coma ? En d'autres termes, les deux situations sont-elles comparables ?

M. Hubert Brouns (CD&V) relève que l'article 2 de la loi adoptée aux Pays-Bas, qui énumère les critères de rigueur qui doivent être respectés pour pratiquer l'euthanasie, ne précise pas s'il s'agit d'un médecin impliqué dans le projet SCEN. À quoi faut-il attribuer ce fait ? Une garantie n'a-t-elle pas là été perdue ?

M. Yvan Mayeur (PS) demande des précisions quant aux personnes habilitées à pratiquer l'euthanasie. N'est-il pas dans une certaine mesure contradictoire d'exiger du médecin qu'il connaisse bien le patient et qu'il ait un certain savoir en matière de soins palliatifs et d'euthanasie ? Un médecin traitant, connaissant par définition bien son patient, peut fort bien n'être pas versé en ces matières. Quelle valeur faut-il privilégier ? La valeur technique ou la valeur morale ?

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) remarque que le médecin SCEN semble faire figure d'intermédiaire entre le patient et le médecin. Est-ce ce dernier qui doit rédiger la notification de l'euthanasie, ou ce rôle est-il dévolu au médecin SCEN ?

M. Luc Goutry (CD&V) soulève les points suivants :

— Souffrances insupportables : il est prévu aux Pays-Bas que le médecin les apprécie également. Comment peut-il effectuer cela concrètement ? Comment objectiver quelque chose d'éminemment subjectif ? Et qu'en est-il des souffrances psychiques insupportables ?

— Phase terminale : y a-t-il eu, en pratique, des demandes d'euthanasie de la part de patients atteints de maladies chroniques ? 80 % des patients ayant demandé l'euthanasie étaient en phase terminale. Qu'en était-il des 20 % restants ?

— Personnes atteintes de maladie mentale : le professeur Mensing van Charante a exclu, à titre personnel, de pratiquer l'euthanasie sur des personnes atteintes de maladie mentale et a souligné que beaucoup de médecins semblent être du même avis. Serait-il possible d'obtenir davantage de précisions à ce sujet ?

— Existe-t-il une aide *a posteriori* pour les médecins ayant pratiqué une euthanasie ?

— Hoe vaak wordt geweigerd euthanasie te plegen ?

— Er is opgemerkt dat euthanasie kan rekenen op ruime steun onder de bevolking. Wat is de precieze aard van die steun ? Waaraan kan die worden toegeschreven ?

— Er is sprake geweest van « palliatieve geneeskunde ». Heeft die term een andere connotatie dan « palliatieve zorg » ?

— Is een toename vastgesteld van de euthanasieverzoeken sinds de euthanasie in Nederland mogelijk is ?

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) vraagt om nadere preciseringen over het begrip « registratie » van de euthanasiegevallen en het begrip « verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging ». Hoe worden voorts de zorgvuldigheidseisen beoordeeld, wanneer de euthanasie op een minderjarige wordt toegepast ? Van alle euthanasiegevallen wordt 84 % door de behandelende arts uitgevoerd. De overige 16 % vindt wellicht in een ziekenhuis plaats. Hoe verloopt in laatstgenoemde gevallen de relatie met de behandelende arts ? Moet die verplicht op de hoogte worden gebracht ?

Het Belgische wetsontwerp bepaalt dat een arts die euthanasie weigert, zijn weigering moet motiveren. Is dat ook zo in Nederland ? Welk standpunt nemen de artsen terzake in ?

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) wenst meer te vernemen over de inschatting van de levensverwachting van de patiënt. De arts moet daar melding van maken in het rapport dat hij moet opstellen nadat hij euthanasie heeft toegepast. Kan melding worden gemaakt van een levensverwachting die de patiënt zelf heeft aangegeven ? Hoever staat het voorts met het debat omtrent kinderen en euthanasie ?

De heer Luc Paque (PSC) vestigt de aandacht op het arrest dat het Gerechtshof van Amsterdam heeft uitgebracht in de zaak-« Brongersma ». Brongersma is door euthanasie gestorven op grond van het feit dat hij voortdurend de wens had geuit te sterven wegens psychisch — en dus niet fysiek — lijden. Het Amsterdamse Gerechtshof heeft de euthanasie weliswaar bestempeld als een laakbare daad, maar heeft aan zijn beslissing geen straf gekoppeld. Hoe moet dat arrest worden gelezen ? Hoe moet *in concreto* het onderscheid worden gemaakt tussen existentiële wanhoop en andere pathologische aandoeningen, als men bedenkt dat sommige psychiaters dat onderscheid verwerpen ? In het Belgische wetsontwerp wordt het begrip « fysiek of psychisch lijden » gehanteerd. Wat staat er in de Nederlandse wet ? Moet gelijktijdig aan beide aspecten worden voldaan ?

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) stelt vast dat sommige Nederlandse artsen kennelijk een kritischer houding zijn gaan aannemen ten opzichte van sommige euthanasiepraktijken. Is er sprake van een evolutie in

— Quelle est la fréquence des refus de pratiquer l'euthanasie ?

— Il a été relevé que l'euthanasie recueillait un large appui au sein de la population. Quelle est exactement la nature de ce soutien ? À quoi faut-il l'attribuer ?

— Il a été question de « médecine palliative » Ce terme a-t-il une autre connotation que celui de « soins palliatifs » ?

— A-t-on constaté une augmentation des demandes d'euthanasie depuis que celle-ci peut être envisagée aux Pays-Bas ?

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) demande des précisions en ce qui concerne la notion d'enregistrement des cas d'euthanasie et la déclaration de volonté du patient. Lorsqu'il s'agit par ailleurs d'un mineur, comment les exigences de rigueur sont-elles appréciées ? 84 % des euthanasies sont effectuées par le médecin traitant. Les autres 16 % ont sans doute lieu à l'hôpital. Qu'en est-il, dans ces derniers cas, des rapports avec le médecin traitant ? Y a-t-il une obligation de le contacter ? Dans le projet de loi belge, il est prévu que le médecin qui refuse de pratiquer l'euthanasie doit en donner la raison. Est-ce également le cas aux Pays-Bas ? Quel est le point de vue des médecins à ce sujet ?

Mme Magda De Meyer (SP.A) demande des précisions quant à l'estimation de l'espérance de vie qu'il restait au patient, estimation que le médecin doit mentionner dans le rapport qu'il doit rédiger lorsqu'il a pratiqué une euthanasie. Peut-on faire état d'une espérance de vie mentionnée par le patient lui-même ? Où en est par ailleurs la discussion relative aux rapports entre les enfants et l'euthanasie ?

M. Luc Paque (PSC) attire l'attention sur un arrêt rendu par la Cour de Justice d'Amsterdam dans l'affaire « Brongersma ». Cette personne a été euthanasiée parce qu'elle avait exprimé le désir constant de mourir en raison de souffrances psychiques, et non physiques. La Cour de Justice d'Amsterdam, si elle a jugé l'acte répréhensible, n'a cependant assorti sa décision d'aucune peine. Comment faut-il interpréter cet arrêt ? Comment faire la différence, *in concreto*, entre un désespoir existentiel et d'autres affections pathologiques, sachant que certains psychiatres réfutent cette distinction ? Le projet de loi belge parle d'une « souffrance physique ou psychique ». Qu'en est-il aux Pays-Bas ? Faut-il que les deux aspects soient réunis ?

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) constate que certains médecins hollandais semblent être devenus plus critiques vis-à-vis de certaines pratiques relatives à l'euthanasie. Constate-t-on une évolution dans les esprits ? Si

de geesten ? Zou de vraag om euthanasie afnemen, mocht de pallatieve zorg toegankelijker worden ?

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) heeft drie specifieke vragen :

— Is er een specifieke procedure voor minderjarigen ?

— Werd inzake psychisch lijden niet in een andere procedure voorzien ?

— Hoe worden de SCEN-artsen vergoed ?

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) wenst meer te vernemen over de plaats van het verzorgend team.

Antwoorden van Dr. Kimsma

Dr. Kimsma geeft nadere preciseringen bij de volgende aspecten :

— *ondraaglijk lijden :* enerzijds moet de patiënt aangeven dat hij ondraaglijk lijdt; anderzijds moet de arts daarvan overtuigd zijn. Het gaat hier om een evolutief proces, waarin de arts rekening moet houden met het standpunt van de patiënt. We hebben dus niet te maken met een louter subjectieve inschatting, maar ook met een inschatting die veeleer betrekking heeft op de relatie tussen de zieke en zijn arts, die — ook al ondergaat hij zelf niet het lijden van zijn patiënt — er toch begrip voor kan opbrengen door er met hem over te spreken. Voorts is het een feit dat het moeilijk is een opdeling te maken tussen fysiek en psychisch lijden;

— *terminale ziektefase :* er bestaan chronische ziekten die tevens ernstig lijden veroorzaken en daardoor zo ondraaglijk worden dat ze de patiënt beletten een waardig leven te lijden. Ondraaglijk lijden kan dus niet alleen terminale patiënten (bijvoorbeeld kankerpatiënten) te beurt vallen, maar ook andere zieken — zelfs al maken die slechts 15 % van de euthanasiegevallen uit;

— *gaan de artsen makkelijker over tot euthanasie als die praktijk eenmaal is gedepenaliseerd ?* Dat argument is al 150 jaar oud. De ervaring in Nederland heeft geleerd dat het euthanasievraagstuk een diepgaande en op vertrouwen berustende relatie arts-patiënt doet ontstaan. De euthanasie impliceert dat de arts zijn patiënt tot in diens laatste levensuur bijstaat. De uitvoering ervan maakt deel uit van die relatie en wordt als dusdanig nooit licht opgenomen;

— *eventuele weigering door de behandelende arts :* in Nederland werd gekozen voor een regeling waarbij de arts de vrijheid behield euthanasie te weigeren. De patiënt moet wel van de keuze van zijn arts op de hoogte worden gebracht, zodat hij zich eventueel tot een andere arts kan richten;

les soins palliatifs devaient être plus accessibles, la demande diminuerait-elle ?

Mme Yolande Avontroodt (VLD) s'interroge sur trois points précis :

— Y a-t-il une procédure spécifique prévue pour les mineurs d'âge ?

— Qu'en est-il des souffrances psychiques ? Une autre procédure n'a-t-elle pas été prévue ?

— Comment s'effectue l'indemnisation des médecins SCEN ?

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) demande des précisions quant à la place de l'équipe soignante.

Réponses du docteur Kimsma

Le docteur Kimsma apporte des précisions sur les points suivants :

— *les souffrances insupportables :* il faut d'une part que le patient fasse comprendre que ses souffrances sont insupportables, et d'autre part que le médecin en ait acquis la conviction. Il s'agit là d'un processus évolutif dans lequel le médecin doit prendre en compte le point de vue du patient. Il ne s'agit donc pas d'un élément purement subjectif, mais aussi d'un élément relevant plus d'une relation entre le malade et son médecin qui, s'il ne vit pas lui-même les souffrances, peut cependant les comprendre en consultant son patient. Il convient aussi de remarquer que les souffrances ne peuvent être que difficilement divisées en souffrances physiques et en souffrances psychiques;

— *stade terminal de la maladie :* il existe des maladies chroniques qui ont également pour conséquence de causer de vives souffrances qui deviennent tellement insupportables qu'elles empêchent le patient de vivre correctement. Les souffrances ne concernent donc pas seulement les malades en phase terminale (par exemple atteints du cancer), mais aussi d'autres personnes, même si ces autres cas ne représentent qu'environ 15 % des euthanasies;

— *les médecins ont-ils tendance à pratiquer plus facilement l'euthanasie dès lors que celle-ci est dépénalisée ?* Cet argument est soulevé depuis 150 ans. D'après l'expérience qui a pu être acquise aux Pays-Bas, il apparaît que les médecins confrontés au problème de l'euthanasie développent une relation approfondie avec leur patient, fondée sur la confiance. L'euthanasie implique que le médecin soutienne son patient jusqu'à la fin de sa vie. L'acte d'euthanasie s'inscrit dans cette relation et n'est donc jamais pris à la légère;

— *refus potentiel du médecin :* aux Pays-Bas, il a été choisi de laisser au médecin la liberté de refuser de pratiquer l'euthanasie. Le patient doit cependant être averti du choix du médecin, afin de pouvoir s'adresser éventuellement à un autre;

— *kinderen :* over kinderen en euthanasie is lang gedebatteerd. Overeenkomstig de Nederlandse wet van 12 april 2001 kan een minderjarige patiënt die tussen zestien en achttien is en die « tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht », zijn arts om euthanasie verzoeken, nadat zijn ouders bij die beslissing werden betrokken. Theoretisch is het dus mogelijk dat de arts aanvaardt op een minderjarige van ouder dan zestien euthanasie toe te passen, zonder dat diens familie daarmee instemt. In de praktijk zal een arts echter in een dergelijke situatie pogen binnen de familie een consensus tot stand te brengen. Voor kinderen jonger dan zestien en ouder dan twaalf liggen de zaken anders : de arts kan slechts op het euthanasieverzoek ingaan als de ouders ermee instemmen. Het komt echter haast nooit voor dat iemand van onder de zestien euthanasie vraagt;

— *euthanasie voor mentale zieken :* de wet lijkt terzake enige ruimte te bieden. In dat verband is het niet oninteressant in herinnering te brengen dat de minister van Volksgezondheid tijdens de bespreking van de wet heeft verklaard dat, mocht hij op een dag dement worden, hij liefst zou hebben dat zijn leven kan worden beëindigd. Andere parlementsleden hebben gepreciseerd dat dit recht niet alleen zou moeten gelden voor mensen die ondraaglijk lijden wegens aftakelingsziekten als Altzheimer, maar ook voor patiënten die bovenop hun mentale ziekte ook nog een andere aandoening hebben die hen ondraaglijk doet lijden, zoals kanker;

— *comapatiënten :* als de comateuze toestand onomkeerbaar is en het vaststaat dat de patiënt zal sterven, zou een behandeling die het stervensproces verlengt dus neerkomen op een medische fout. De behandeling wordt echter voortgezet indien onzekerheid blijft bestaan en de patiënt niet te kennen heeft gegeven euthanasie te wensen. Niettemin zij erop gewezen dat het debat over dit vraagstuk in Nederland nog niet is afgerond.

Dr. Kimsma oordeelt positief over het feit dat het Belgische wetsvoorstel een onderscheid maakt tussen privacygevoelige en andere informatie. In Nederland leidt het gebrek aan onderscheid tussen beide categorieën van informatie ertoe dat sommige artsen verzuimen een geval van euthanasie te melden om redenen van privacy; er moet dus nog verder nagedacht worden over de combineerbaarheid van privacy en toetsing.

In de discussie over terminale versus niet-terminale patiënten stelt *de spreker* vast dat het bijzonder moeilijk is om de duur van een mensenleven te voorspellen. Indien een arts dergelijke inschatting moet maken, kan hij de neiging hebben om de levensverwachting eerder minimaal dan maximaal in te schatten. « Terminaal » kan geen formeel criterium zijn, maar is wel een belangrijk gegeven. Op de vraag of de wet een onderscheid dient

— *enfants :* la question a largement été débattue. Selon la loi hollandaise du 12 avril 2001, un patient mineur ayant entre seize et dix-huit ans et « capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière » peut demander à son médecin une euthanasie, après que ses parents ont été associés à la décision. On pourrait donc imaginer en théorie qu'un médecin accepte l'euthanasie d'un mineur âgé de plus de 16 ans sans le consentement de sa famille. En pratique cependant, le médecin confronté à cette question s'efforcera d'arriver à obtenir un consensus au sein de la famille. Pour les enfants âgés de moins de 16 ans et de plus de 12 ans, la solution est différente, puisque le médecin ne peut accéder à la demande que si les parents l'acceptent. Les cas d'euthanasie d'une personne âgée de moins de 16 ans n'arrivent néanmoins pratiquement jamais;

— *euthanasie des patients atteints d'une maladie mentale :* la loi semble offrir une certaine possibilité. Il n'est pas inintéressant à cet égard de mentionner que, lors de la discussion de la loi, le ministre de la Santé publique a déclaré que, s'il devait un jour être atteint de démence, il souhaiterait qu'on puisse mettre fin à sa vie. D'autres parlementaires ont précisé que ce droit devrait s'appliquer non seulement à des personnes qui subiraient des souffrances insupportables en raison de maladies dégénératives telles que la maladie d'Altzheimer, mais aussi aux patients atteints, en plus d'une maladie mentale, d'une autre affection, comme le cancer, si celle-ci leur cause d'insupportables souffrances;

— *patients dans le coma :* si le coma est de nature irréversible et qu'il est certain que la personne va mourir, continuer le traitement reviendrait à prolonger le processus de décès et constituerait donc une erreur médicale. Si une incertitude se pose cependant, et que le patient n'a pas exprimé de volonté contraire, le traitement est poursuivi. Il faut toutefois remarquer que ce problème est encore débattu aux Pays-Bas.

Le docteur Kimsma juge positif le fait que la proposition de loi belge opère une distinction entre les informations qui ont trait à la vie privée et les autres informations. Aux Pays-Bas, cette absence de distinction entre les deux catégories d'informations incite parfois certains médecins à ne pas déclarer un cas d'euthanasie pour des considérations liées au respect de la vie privée; il y a donc lieu d'encore réfléchir à la manière de concilier le respect de la vie privée et les contrôles.

Dans le débat sur la distinction à opérer entre les patients qui sont en phase terminale et ceux qui ne le sont pas, *l'intervenant* constate qu'il est particulièrement difficile de prévoir la durée d'une vie humaine. Si un médecin est tenu de faire une telle estimation, il aura tendance à donner une espérance de vie minimale plutôt que maximale. La notion de « phase terminale » ne peut pas constituer un critère formel, mais n'en est pas moins un

te maken op grond van levensverwachting kan hij dus geen duidelijk antwoord formuleren.

Met betrekking tot de aanvaarding van ondraaglijk psychisch leed als verantwoording voor euthanasie verwijst *de spreker* naar een uitspraak van de Nederlandse Hoge Raad in de zaak-Chabot (1994). De Hoge Raad stelde toen enkel dat de aanwezigheid van psychisch lijden geen reden mag zijn om iemand euthanasie te ontzeggen; deze uitspraak geeft uiteraard slechts een partieel antwoord.

In een andere zaak stelde het gerechtshof te Amsterdam dat de combinatie van fysiek en geestelijk lijden enerzijds en aftakeling ten gevolge van verouderingsprocessen anderzijds tot de conclusie kan leiden dat het om een ondraaglijk leed gaat; de rechter verwijst in zijn verantwoording onder meer naar de deontologische standaard van de artsen inzake ondraaglijk lijden. Volgens twee hoogleraren-getuigedeskundigen is de vaststelling van dergelijke combinatie van verschijnselen echter onvoldoende als grondslag voor euthanasie.

In Nederland leidt de eis van zorgvuldigheid in elk geval tot de conclusie dat patiënten die psychisch lijden meer bescherming dienen te krijgen dan patiënten die fysiek lijden. Concreet moet een behandelende arts zich voor die categorie van patiënten tot twee consulenten wenden; bovendien moet ten minste één consulent psychologisch geschoold arts zijn.

In de Nederlandse wet heeft het verpleegkundig team van een ziekenhuis geen erkenning gekregen, evenwel zijn er euthanasieprotocollen in vele ziekenhuizen waarin er voor een verpleegkundige een rol is weggelegd in de besluitvorming met betrekking tot het actief bewerkstelligen van het levenseinde. Inzake de rol van die teams zijn er grote verschillen tussen de ziekenhuizen. Het Belgische wetsvoorstel voorziet wel in een formele rol, maar gaat voorbij aan de noodzaak om tegelijkertijd ook een regeling in te voeren voor de oplossing van conflicten tussen de opvattingen van het verpleegkundig team en die van andere actoren (bijvoorbeeld de artsen). Die lacune zou best nog opgevuld worden. Onder meer dit probleem kan de aanleiding zijn om zich opnieuw te bezinnen over de rol van de artsen. Men moet andere procedures, waarbij niet-artsen intensief betrokken worden bij vraagstukken van levensbeëindiging, ernstig in overweging nemen.

Antwoorden van Dr. Mensing van Charante

— *transparantie :* het is essentieel dat een goede controle wordt uitgevoerd en dat over de euthanasiegevallen een verklaring wordt afgelegd. Daar moet echter worden aan toegevoegd dat de handeling discreet wordt uitgevoerd en dat ze onder het beroepsgeheim

élément important. Il est donc impossible de répondre de manière tranchée à la question de savoir si la loi doit opérer une distinction sur la base de l'espérance de vie.

En ce qui concerne la disposition autorisant l'euthanasie en cas de souffrance psychique insupportable, *l'intervenant* renvoie à une décision du *Hoge Raad* néerlandais dans l'affaire Chabot (1994). À l'époque, le *Hoge Raad* avait simplement déclaré que la présence d'une souffrance psychique ne peut pas constituer une raison pour refuser l'euthanasie à une personne. Cette décision ne fournit naturellement qu'une réponse partielle.

Dans un autre cas, la cour de justice d'Amsterdam a estimé que la combinaison de souffrances physiques et mentales, d'une part, et la déchéance due à des processus de vieillissement, d'autre part, peuvent amener à conclure qu'il s'agit de souffrances insupportables; dans sa motivation, le juge renvoie notamment au Code déontologique des médecins en ce qui concerne la souffrance insupportable. Selon deux professeurs entendus par la commission à titre d'expert, la simple constatation d'une telle combinaison de phénomènes est toutefois insuffisante pour justifier l'euthanasie.

Aux Pays-Bas, la condition de rigueur amène en tout cas à conclure que les patients dont les souffrances sont d'ordre psychique doivent être davantage protégés que les patients souffrant physiquement. Concrètement, pour cette catégorie de patients, le médecin traitant doit consulter deux autres personnes; de plus, au moins une des personnes consultées doit être un médecin ayant bénéficié d'une formation psychologique.

Dans la loi néerlandaise, l'équipe soignante d'un hôpital n'a pas été reconnue; toutefois, dans de nombreux hôpitaux, des protocoles d'euthanasie attribuent un rôle à un membre de l'équipe soignante dans le processus décisionnel relatif à l'acte d'euthanasie. En ce qui concerne le rôle de ces équipes, on constate de grandes différences entre les hôpitaux. La proposition de loi belge confère certes un rôle formel à l'équipe soignante, mais ne tient pas compte de la nécessité d'élaborer en même temps des règles pour les cas où les conceptions de l'équipe soignante et celles d'autres acteurs (par exemple, les médecins) divergent. Il serait préférable de combler encore cette lacune. Ce problème peut notamment amener à s'intéresser à nouveau au rôle des médecins. Il faut prendre sérieusement en considération d'autres procédures, dans lesquelles des acteurs autres que les médecins sont étroitement associés aux problèmes de la fin de vie.

Réponses du Dr. Mensing van Charante

— *transparence :* il est essentiel qu'un bon contrôle soit effectué, et que les cas d'euthanasie fassent donc l'objet d'une déclaration. Il faut cependant ajouter que l'acte est effectué de manière discrète, et qu'il est couvert par le secret professionnel. La commission de con-

valt. De toetsingscommissie is trouwens het enige orgaan dat inzage heeft van de verslagen die de artsen moeten opstellen na elke euthanasie;

— *mogelijkheid van weigering door de arts :* de arts kan weigeren de euthanasie uit te voeren. De spreker is echter van oordeel dat de huisarts in zo'n geval zijn patiënt moet doorverwijzen naar een andere arts, ook al is hij daar thans niet toe verplicht;

— *SCEN-artsen :* er zijn nog niet genoeg SCEN-artsen en elke onafhankelijke arts kan dus een consult hebben over euthanasie. Hopelijk zal het aantal van die artsen in de toekomst toenemen. De wet verplicht echter niet dat de euthanasie door die artsen wordt uitgevoerd;

— *opdracht van de huisartsen :* de taak van die artsen is niet alleen technisch, ze berust ook op het vertrouwen. Indien een huisarts niet over de nodige technische kennis beschikt, kan hij aan een SCEN-arts vragen hem bij te staan;

— *steun achteraf :* de meeste SCEN-artsen nemen na een euthanasie opnieuw contact op met de arts die ze heeft uitgevoerd en aan wie ze raad hebben gegeven. Die gesprekken zijn zeer vruchtbaar en bieden de mogelijkheid het hele proces te evalueren en indien nodig de huisarts te steunen;

— *betrokken ziekten :* het betreft vooral kankerpatiënten, maar ook andere zieken verzoeken om een smarteloze dood, zoals de aids-patiënten;

— *betekenis van de woorden « palliatieve zorg » en « palliatieve geneeskunde » :* die termen hebben niet dezelfde connotatie. Professor Mensing van Charante geeft echter aan dat hij het in zijn uiteenzetting heeft gehad over de leedverzachtende zorg in het algemeen, wat ruimer is dan de palliatieve geneeskunde;

— *zijn er thans meer patiënten die om euthanasie verzoeken dan vroeger ?* Die vraag valt niet makkelijk te beantwoorden. De spreker heeft de indruk dat de patiënten ervan uitgaan dat ze recht hebben op euthanasie en dat ze mogen bepalen wanneer die zal worden uitgevoerd, zonder dat de arts daarover iets te zeggen heeft. Er moet in dat opzicht worden op gewezen dat de zorgvuldigheidseisen in ieder geval in acht moeten worden genomen;

— *de zaak-Brongersma :* het gaat om een epineus geval, des te meer omdat het Hof niet alleen met medische argumenten rekening heeft moeten houden. De zaak bevindt zich in hoger beroep. Wat er ook van zij, men moet vaststellen dat de wet geen onderscheid maakt tussen de verschillende vormen van lijden en dat het vermogen om het lijden te dragen patiëntgebonden is.

trôle est d'ailleurs le seul organe qui a accès aux rapports établis par les médecins après chaque euthanasie;

— *possibilité de refus du médecin :* le médecin peut refuser de pratiquer l'euthanasie. L'intervenant estime cependant que le médecin généraliste doit, dans un tel cas, orienter son patient vers un autre médecin, même si, actuellement, rien ne l'y oblige;

— *médecins SCEN :* le nombre de médecins SCEN n'est pas encore suffisant, et chaque médecin indépendant peut donc avoir une consultation en rapport avec l'euthanasie. Si l'on peut espérer que, dans l'avenir, le nombre de ces médecins se développera, force est de constater que la loi n'impose pas que l'euthanasie soit pratiquée par ces médecins;

— *mission des médecins généralistes :* la tâche de ce médecin n'est pas seulement technique, mais est aussi basée sur la confiance. Si un médecin de famille ne dispose pas de la technique nécessaire, il peut demander à un médecin SCEN de l'assister;

— *aide a posteriori :* la plupart des médecins SCEN reprennent contact, après une euthanasie, avec le médecin qui l'a pratiquée et qu'ils ont conseillé. Ces conversations s'avèrent fort fructueuses et permettent d'une part d'évaluer tout le processus, et d'autre part, si nécessaire, de soutenir le médecin généraliste;

— *maladies visées :* si ce sont principalement les patients atteints de cancer qui sont concernées, il existe aussi d'autres types de malades qui demandent l'euthanasie, comme les personnes souffrant du sida;

— *sens des termes « soins palliatifs » et « médecine palliative » :* ces termes ont chacun une connotation différente. Le professeur Mensing van Charante précise cependant qu'il visait, dans son exposé, les soins palliatifs en général, ce qui est plus large que la médecine palliative;

— *y a-t-il plus de patients qui demandent l'euthanasie aujourd'hui que par le passé ?* Cette question est complexe. L'intervenant fait part de son impression que les patients semblent considérer qu'ils disposent d'un droit à l'euthanasie, et qu'ils peuvent déterminer le moment où celle-ci a lieu, sans que le médecin n'ait son mot à dire. Il convient de rappeler à cet égard que les critères de rigueur doivent, quoi qu'il arrive, être respectés;

— *affaire Brongersma :* il s'agit d'un cas épineux, d'autant plus que les arguments que la Cour a du prendre en compte n'étaient pas seulement de nature médicale. L'affaire a été portée en appel. Quoi qu'il en soit, il faut bien constater que la loi ne fait pas de différence entre les différentes formes de souffrance, et que la capacité de supporter celles-ci varie d'un patient à un autre.

5. **Uiteenzetting van Drs. G. van Geldorp**

De heer van Geldorp is niet-praktiserend huisarts, SCEN-arts (SCEN = Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) en voorzitter van de artsen-adviesraad van de NVVE (Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie).

De spreker verstrekt uitleg over de NVVE. De NVVE is een lekenvereniging, die bij voorrang gedragen wordt door personen die geen arts zijn. De vereniging, die 100 400 leden heeft en over een professionele staf beschikt, werd opgericht in 1973, toen voor het eerst in Nederland een geval van euthanasie in de openbaarheid kwam. De vereniging bepleit het zelfbeschikkingsrecht van patiënten onder de vorm van euthanasie en hulp bij zelfdoding en bevordert de verspreiding van informatie over het thema. Zo is de organisatie verantwoordelijk voor handleidingen voor artsen en andere groepen die met de problematiek in aanraking komen. Ze heeft invloed verkregen dankzij haar uitgebreide samenwerking met andere organisaties.

In tegenstelling tot wat soms beweerd wordt, heeft de NVVE geen SCEN-artsen in dienst, wat niet belet dat die artsen lid kunnen zijn van de vereniging. Doordat artsen in de organisatie slechts een bescheiden rol spelen, kan gemakkelijker een aanzienlijk potentieel van steun in de Nederlandse samenleving aangeboord worden. Angst voor artsen die doden is in Nederland bijna verdwenen door de langdurige aanwezigheid van een vereniging die overleg met alle geledingen van de maatschappij organiseert.

De spreker stelt vast dat er in de Nederlandse wet lacunes zijn. Niettemin is hij zeer tevreden dat de wet er is, omdat patiënten daardoor weten dat ze de euthanasievraag kunnen stellen ten opzichte van een arts, die niet bang hoeft te zijn voor vervolging als hij bepaalde zorgvuldigheidseisen naleeft. Een arts kan overigens in elk geval weigeren in te gaan op een vraag naar euthanasie; hij kan nooit tot een euthanaserend handelen gedwongen worden.

6. **Uiteenzetting van Dr. J. Schuurmans**

De heer Schuurmans is praktiserend huisarts en Palliatieve Zorgconsulent. Hij doceert ook de SCEN-cursus, die een onderdeel vormt van de opleiding Palliatieve Zorg voor huisartsen.

De spreker stelt vast dat de Nederlandse wet de jurisprudentie heeft gevolgd. Nu de wet er is, ontstaat er ruimte voor inhoudelijke discussie en verdieping van het debat, onder meer over de zorgvuldigheidscriteria; het

5. **Exposé du docteur G. van Geldorp**

M. van Geldorp est médecin généraliste non praticien, médecin du SCEN (SCEN = Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*) et président du conseil consultatif des médecins de la NVVE (*Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie*).*

L'intervenant fournit des explications sur la NVVE. La NVVE est une association laïque, qui est essentiellement dirigée par des personnes n'appartenant pas au corps médical. L'association, qui compte actuellement 100 400 membres et dispose d'une équipe professionnelle de collaborateurs, a vu le jour en 1973, à l'époque où a été rapporté publiquement le premier cas d'euthanasie aux Pays-Bas. L'association plaide en faveur du droit à l'autodétermination des patients sous la forme de l'euthanasie et de l'aide au suicide et contribue à la diffusion d'informations sur ce thème. Elle a ainsi réalisé des manuels destinés aux médecins et à d'autres groupes confrontés à cette problématique. Son influence s'est également accrue grâce à sa collaboration étroite avec d'autres organisations.

Contrairement à ce que l'on prétend parfois, la NVVE n'a pas de médecins du SCEN à son service, ce qui n'empêche pas ces médecins de devenir membres de l'association. Étant donné que les médecins ne jouent qu'un rôle mineur au sein de l'organisation, il est plus aisé d'obtenir une large adhésion de la société néerlandaise. Si la peur des médecins qui pratiquent l'euthanasie a pratiquement disparu aux Pays-Bas, c'est en raison de la présence d'une association qui, depuis de longues années, organise une concertation avec toutes les composantes de la société.

L'intervenant constate que la loi néerlandaise présente des lacunes. Il est néanmoins très satisfait que cette loi existe, parce que les patients savent ainsi qu'ils peuvent adresser leur demande d'euthanasie à un médecin qui, s'il respecte certains critères de rigueur, ne doit pas craindre d'être poursuivi. Le médecin peut d'ailleurs toujours refuser d'accéder à une demande d'euthanasie. Il ne peut en effet jamais être contraint de poser un acte euthanasique.

6. **Exposé du docteur J. Schuurmans**

M. Schuurmans est médecin généraliste et consultant en soins palliatifs. Il donne aussi le cours spécifique au réseau SCEN, qui constitue une partie de la formation « Soins palliatifs » dispensée aux médecins généralistes.

L'intervenant constate que la loi néerlandaise a suivi la jurisprudence. Maintenant que la loi existe, un débat de fond peut être mené en profondeur, notamment sur les critères de rigueur; l'ancien modèle fondé sur le con-

controlemodel van vroeger werd vervangen door een kwaliteitsmodel. Binnen het SCEN-consulentschap is weliswaar slechts voorzien in een halve dag opleiding, maar die beperkte vorming geeft wel aanleiding tot ernstige debatten en tot meer deskundigheid.

Ook wordt er meer dan vroeger nagedacht over andere aspecten van en behandelingen bij het levenseinde, zoals met name palliatieve sedatie. Die behandeling werd in het verleden niet altijd gekenmerkt door grote zorgvuldigheid; de euthanasiewet heeft voor die medische handeling een veeleisender verwachtingspatroon gecreëerd.

Mensen moeten zich meer bewust worden van het feit dat ze aan het einde van hun leven keuzes kunnen maken. De SCEN-arts dient hierbij eerder op te treden als adviseur dan als een examinator die nagaat of het lijstje van voorwaarden vervuld is.

Inzonderheid bij niet-kankerpatiënten schort er vaak nog iets aan de medische praktijk. Zo worden bij personen met hartziekten vaak nog belangrijke medische behandelingen uitgevoerd tijdens de laatste drie dagen van het leven, wat vanuit geen enkel gezichtspunt een goede zaak is. De dominantie van het medisch systeem staat in deze en andere gevallen meer en meer ter discussie; uiteindelijk moet het debat leiden tot een preciezere invulling van het concept « autonomie van de patiënt ». Haast niemand pleit daarbij voor absolute autonomie.

7. **Uiteenzetting van Dr. R.S. van Coevorden**

De heer van Coevorden is praktiserend huisarts en SCEN-arts. Hij doceert de SCEN-opleiding en is consulent van de palliatieve helpdesk.

De spreker benadrukt het belang van de huisarts in het proces dat eventueel tot euthanasie kan leiden. 80 % van de patiënten die om euthanasie vragen, verwoordt die vraag ten opzichte van de huisarts. In de reactie van de huisarts moet het zorgaspect altijd centraal staan.

Het risico dat een huisarts, die zich vaak zeer betrokken voelt bij zijn patiënt, zijn emoties laat meespelen in de beoordeling van een euthanasievraag, is reëel. Zijn professionaliteit en de noodzaak van afstand kunnen dan in het gedrang komen. Daarom was het noodzakelijk dat er een wet kwam : wetgeving reikt een kader aan, dat rust tot stand brengt. Of die wet zeer of weinig gedetailleerd is, is minder belangrijk. Door de wet wordt een opener gesprek tussen arts en patiënt mogelijk : de patiënt weet dat euthanasie een mogelijkheid is en kan een doorleefde vraag dan ook gemakkelijker verwoorden. Door de wet wordt ook de noodzaak van een grondigere zoektocht naar alternatieven beter aangevoeld.

trôle a été remplacé par un modèle basé sur la qualité. Il est vrai que seulement une demi-journée de formation est prévue dans le cadre de la consultance *SCEN*, mais cette formation limitée est toutefois l'occasion de débats sérieux et permet d'acquérir une plus grande expertise.

On réfléchit aussi plus qu'avant à d'autres aspects de la fin de vie et aux traitements à administrer, comme par exemple la sédation palliative. Par le passé, ce traitement n'a pas toujours été administré très rigoureusement; il a suscité de plus grandes attentes après le vote de la loi relative à l'euthanasie.

Chacun doit mieux se rendre compte qu'il peut opérer des choix à la fin de sa vie. Le médecin du réseau *SCEN* doit à cet égard jouer le rôle de conseiller plutôt que celui d'examinateur qui vérifie si les conditions sont remplies.

La pratique médicale laisse encore souvent à désirer, en particulier en ce qui concerne les patients non cancéreux. C'est ainsi que de lourds traitements médicaux sont encore souvent administrés à des personnes atteintes de maladies cardiaques au cours des trois derniers jours de leur vie, ce qui ne se justifie aucunement. La prédominance du système médical est de plus en plus remise en cause dans ces cas comme dans d'autres; le débat doit en fin de compte permettre de définir plus précisément la notion d'autonomie du patient. Presque personne ne plaide en faveur d'une autonomie absolue.

7. **Exposé du docteur R.S. van Coevorden**

M. van Coevorden est médecin généraliste et fait partie du réseau SCEN. Il y assure la formation et est consultant au helpdesk « Soins palliatifs ».

L'orateur attire l'attention sur l'importance que revêt le médecin traitant dans le processus qui peut aboutir à l'euthanasie. 80 % des patients qui demandent à être euthanasiés adressent cette demande au médecin traitant. Dans la réaction du médecin traitant, l'aspect « aide » doit toujours occuper une place centrale.

Le risque qu'un médecin traitant, qui se sent souvent très proche de son patient, fasse intervenir ses émotions dans l'appréciation d'une demande d'euthanasie est bien réel. Son professionnalisme et l'obligation qu'il a de garder ses distances peuvent alors être compromis. C'est la raison pour laquelle il fallait légiférer : la législation crée un cadre, assurant plus de sérénité. Le fait que cette loi soit très ou peu détaillée importe moins. La loi permet un dialogue plus ouvert entre le patient et le médecin : le patient sait que l'euthanasie fait partie des possibilités et peut dès lors formuler plus facilement une demande réfléchie en ce sens. La loi fait aussi mieux ressentir la nécessité de réfléchir plus intensément à des solutions alternatives.

Voor de wet er was, speelde de jurisprudentie een belangrijke rol in de opbouw van zorgvuldigheidscriteria. Drie kwart van de euthanasievragen leidt overigens niet tot daadwerkelijke euthanasie. Dit komt gedeeltelijk door het feit dat de patiënt meer bereid is om met de arts over mogelijke alternatieven na te denken als hij weet dat het *ultimum remedium* een wettelijke optie is.

Naast het loutere bestaan van een wet is het voor een objectieve benadering van een vraag naar euthanasie ook belangrijk dat de arts zich toetsbaar opstelt : er dient een traject doorlopen te worden met een onafhankelijk consulent, die de arts kan wijzen op onvolkomenheden in het optreden van de behandelende arts. Overigens is het zo dat een arts reeds tijdens het voortraject (voor er een euthanasievraag van de patiënt is) de steun van een SCEN-consulent kan zoeken, bijvoorbeeld wanneer hij druk vanuit de omgeving van de patiënt waarneemt. Die verplichte toetsbaarheid van de beslissingen van de behandelende arts moet niet beschouwd worden als een louter negatieve controle. Een arts die de juiste weg bewandelt, hoeft toetsing overigens niet te vrezen, ook niet als de uiteindelijke toetsing plaatsvindt door een heuse toetsingscommissie, zoals in de Nederlandse wet voorzien is.

De spreker benadrukt dat hij nog steeds achter de gevallen staat waarin hij euthanasie heeft toegediend. De spijt die hem ten opzichte van die periode toegedicht werd, heeft enkel betrekking op de toenmalige beperkte visie op wat als alternatief voor het ondraaglijk leed werd beschouwd. Hij is er ook van overtuigd dat geen enkele huisarts graag euthanaserend optreedt. Wel kan bij de arts bereidheid ontstaan om euthanasie toe te dienen indien alle voorwaarden vervuld zijn, in de eerste plaats de voorwaarde dat geen andere wens schuil gaat achter de vraag naar euthanasie.

8. **Uiteenzetting van Professor C. Spreeuwenberg**

De heer Spreeuwenberg is hoogleraar en werkt aan de Universiteit van Maastricht rond de integratie van geneeskundige zorg voor chronisch zieken. Sinds 1978 schrijft hij over aspecten van zorg bij het einde van het leven in diverse tijdschriften.

De spreker denkt al bijna dertig jaar over de materie na. Hij benadrukt dat zijn onderzoek in de eerste plaats slaat op het palliatief handelen van artsen en dat euthanasie slechts één van de thema's is die in dat onderzoek aan bod komen. Hij wijst op het feit dat zijn lidmaatschap van de Nederlandse Hervormde Kerk zijn visie over de principes die een arts in zijn optreden dient te hanteren in belangrijke mate beïnvloed heeft. Zo wenst hij eerder de klemtoon te leggen op barmhartigheid dan op de autonomie van de patiënt. Die twee concepten

Avant l'élaboration de la loi, la jurisprudence jouait un rôle important dans la détermination des critères de rigueur. Trois quarts des demandes d'euthanasie n'aboutissent d'ailleurs pas à une euthanasie proprement dite. Ceci est en partie dû au fait que le patient est davantage disposé à réfléchir avec le médecin aux solutions alternatives s'il sait que le remède ultime constitue une option légale.

En marge de la simple existence d'une loi, il importe également, en vue de l'approche objective d'une demande d'euthanasie, que le médecin accepte de se soumettre à un contrôle : un parcours doit être suivi avec un consultant indépendant, qui peut attirer l'attention du médecin sur certaines imperfections au niveau de l'intervention du médecin traitant. En outre, un médecin peut, déjà durant le parcours préliminaire (avant que le patient n'ait demandé l'euthanasie), demander l'assistance d'un consultant SCEN, par exemple lorsqu'il subit des pressions de la part de l'entourage du patient. Cette obligation pour le médecin traitant d'accepter que ses décisions soient contrôlées ne doit pas être considérée comme un simple contrôle négatif. Un médecin qui agit conformément à la loi ne doit pas craindre le contrôle, pas même si le contrôle final est effectué par une véritable commission de contrôle, comme le prévoit la loi néerlandaise.

L'orateur insiste sur le fait qu'il ne renie aucun des cas où il a pratiqué l'euthanasie. Le regret qu'il éprouve à l'égard de cette période concerne uniquement la perception limitée de ce qui était alors considéré comme une alternative à une souffrance intolérable. Il est également convaincu qu'aucun médecin de famille ne pratique volontiers une euthanasie. Le médecin peut se préparer à l'idée de pratiquer une euthanasie si toutes les conditions sont remplies, en premier lieu le fait qu'aucun autre souhait ne se dissimule derrière la demande d'euthanasie.

8. **Exposé du professeur C. Spreeuwenberg**

M. Spreeuwenberg est professeur à l'université de Maastricht et travaille sur l'intégration des soins médicaux pour les maladies chroniques. Depuis 1978, il écrit dans diverses revues des articles sur les différents aspects des soins prodigués à la fin de la vie.

Cela fait déjà presque trente ans que *l'intervenant* consacre une réflexion à cette problématique. Il souligne que son enquête concerne en premier lieu les actes à finalité palliative des médecins et que l'euthanasie n'est qu'un des thèmes abordés dans son enquête. Il souligne que son appartenance à l'Église réformée néerlandaise a sensiblement influencé sa vision des principes que doit respecter un médecin lors de son intervention. Ainsi, il préfère mettre l'accent sur la charité que sur l'autonomie du patient. Ces deux concepts ne sont, en

lopen immers niet steeds parallel : barmhartigheid kan in het geding zijn wanneer een patiënt zijn wil niet kan uiten, voor autonomie is dat niet het geval.

Wat de situatie in Nederland betreft, onderschrijft hij grotendeels de analyse van zijn collega's. Het is goed dat er ruimte is voor euthanasie, dat euthanasie toetsbaar is en dat het thema in de samenleving bespreekbaar is geworden. De praktijk is consistenter geworden : artsen houden zich vrij goed aan de voorwaarden. In het verleden was er veel meer onduidelijkheid, waardoor huisartsen regelmatig geconfronteerd werden met noodsituaties. Wel dient er nog meer gereflecteerd te worden over de diverse juridische aspecten die in het geding zijn bij levensbeëindigend handelen.

Een heikel punt is het feit dat er ook in de nieuwe regeling veel ruimte is voor de persoonlijke opvatting van de arts; dit kan de objectiviteit van het beslissingsproces in het gedrang brengen. Ook nadat de wet van kracht zal zijn geworden, blijven er met betrekking tot het medische handelen bij het levenseinde nog grijze gebieden over, waarin de rechter reeds beslissingen getroffen heeft of nog zal treffen : de houding ten opzichte van zwaar gehandicapte pasgeborenen, ondraaglijk lijden dat niet door een ziekte wordt veroorzaakt, allerlei psychische aandoeningen, …

Een ander punt dat niet uitgeklaard werd, is de verhouding tussen de behandelende arts en de SCEN-arts. Indien een SCEN-arts een negatief advies verstrekt met betrekking tot een euthanasievraag, dan betekent dat niet noodzakelijk dat de behandelende arts geen euthanasie kan toedienen. Dat element behoeft dus verduidelijking. In geen geval mag een SCEN-raadpleging een routineklus worden. De kans dat dit vermeden wordt, is groter indien de behandelende arts de meerwaarde van het advies aanvoelt. SCEN-artsen dienen overigens deskundig te zijn inzake palliatieve zorgen, niet uitsluitend inzake euthanasie. Ze moeten volledig onafhankelijk optreden en zich bewust zijn van hun eigen beperkingen, die bijvoorbeeld kunnen voortvloeien uit een gebrekkige scholing inzake psychologie en gerontologie.

Of de toetsingscommissies die in uitvoering van de wet opgericht worden zich grondig zullen kunnen informeren over de concrete situatie van elke patiënt is vooralsnog onzeker. De hervorming vormt wel een verbetering ten opzichte van de oude regeling, die voorziet in een louter procedurele toetsing door het parket.

Een belangrijk probleem voor huisartsen is hierin gelegen dat bij patiënten soms de mening leeft dat euthanasie een recht is, wat vanzelfsprekend niet het geval is : het handelen van de arts wordt beperkt door bepaalde normen en waarden. De figuur van de SCEN-arts is zeer belangrijk, vooral omdat artsen vaak onder zware druk

effet, pas toujours parallèles : la charité peut intervenir lorsqu'un patient ne peut pas exprimer sa volonté, tandis qu'elle n'intervient pas dans le cadre du compte d'autonomie.

En ce qui concerne la situation aux Pays-Bas, il souscrit pour l'essentiel à l'analyse faite par ses collègues. Il estime que c'est une bonne chose qu'une place ait été faite à l'euthanasie, que celle-ci soit contrôlable et qu'elle puisse faire l'objet d'un débat de société. La pratique a gagné en cohérence, dans la mesure où les médecins respectent assez scrupuleusement les conditions. Dans le passé, c'était le flou qui prévalait, de sorte que les médecins généralistes étaient régulièrement confrontés à des situations de détresse. Il convient cependant de réfléchir plus avant aux divers aspects juridiques qui entrent en ligne de compte dans le cadre d'actes euthanasiques.

Un point délicat est que le nouveau régime fait également une large place à l'opinion personnelle du médecin, ce qui risque de nuire à l'objectivité du processus décisionnel. Même après que la loi sera entrée en vigueur, il subsistera, en ce qui concerne les actes médicaux accomplis en fin de vie, des zones d'ombre, dans lesquelles le juge a déjà pris ou prendra encore des décisions : l'attitude vis-à-vis des nouveau-nés gravement handicapés, la souffrance insupportable qui n'est pas causée par une maladie, toutes sortes d'affections psychiques, …

Un autre point qui n'a pas été éclairci est la relation entre le médecin traitant et le médecin du réseau SCEN. Si un médecin du réseau SCEN donne un avis négatif concernant une demande d'euthanasie, cela ne signifie pas nécessairement que le médecin traitant ne peut pas pratiquer l'euthanasie. Il convient donc d'apporter des éclaircissements à ce sujet. Une consultation SCEN ne peut en aucun cas devenir un travail de routine. Ce risque sera plus faible si le médecin traitant perçoit la valeur ajoutée de l'avis. Les médecins du réseau SCEN doivent d'ailleurs être experts en matière de soins palliatifs et pas seulement en matière d'euthanasie. Ils doivent agir en toute indépendance et être conscients de leurs propres limites, qui peuvent, par exemple, résulter d'une mauvaise formation en matière de psychologie et de gérontologie.

On ignore pour l'instant si les commissions de contrôle créées en exécution de la loi pourront s'informer dans le détail de la situation concrète du chaque patient. La réforme constitue cependant une amélioration par rapport à l'ancien régime, qui prévoit que le parquet exerce un contrôle d'ordre purement procédural.

Un problème important auquel les médecins généralistes sont confrontés réside dans le fait que leurs patients estiment quelquefois que l'euthanasie est un droit, ce qui n'est évidemment pas le cas : la marge de manœuvre du médecin est limitée par certaines normes et valeurs. Le médecin du réseau SCEN joue un rôle très

staan om op een bepaalde wijze op te treden. De behoefte aan toetsbaarheid en transparantie van euthanaserend handelen is groot in Nederland. De procedures die door de wet ingevoerd worden, kunnen het emotioneel proces verlengen, maar zijn desalniettemin noodzakelijk.

De spreker oordeelt positief over de oprichting van zes centra voor de ontwikkeling van palliatieve zorgen; ook behandelende artsen kunnen bij die centra terecht voor steun.

Tot besluit stelt *de spreker* dat hij de nieuwe wet niet absoluut noodzakelijk achtte. Via de plichtenleer van de artsen zou men ook een goede regeling hebben kunnen treffen. Dit is echter een opmerking van eerder praktische aard en ze vormt geen fundamentele kritiek op de wet.

VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vraagt zich af of de toetsingscommissies in het Nederlandse systeem permanente instellingen zijn of daarentegen regelmatig vernieuwd worden. Ook wil *de spreekster* vernemen of de opleiding palliatieve zorgen deel uitmaakt van het verplichte of het vrijwillige gedeelte van de opleiding tot arts.

De heer Hubert Brouns (CD&V) vraagt of in Nederland in het verleden reeds straffen uitgesproken werden ten gevolge van niet-melding van de toediening van euthanasie. Wat zijn de toepasselijke straffen ? Wie spreekt het uiteindelijke oordeel uit over de vraag of een verzoek tot toediening van euthanasie reëel is of integendeel een vraag naar bijkomende pijnbestrijding ?

De heer Luc Goutry (CD&V) ventileert twijfels bij de door de experten verdedigde stelling dat de goedkeuring van een euthanasiewet tot een opener debat over het moeilijke vraagstuk leidt. Dat een welbepaalde tekst van kracht wordt, kan er precies toe leiden dat de discussie gesloten wordt. Kan de inschrijving van euthanasie in een wettekst er niet toe leiden dat het thema in de gesprekken tussen arts en patiënt te vlug aan bod komt en dat het niet langer als een uitzonderingsmaatregel wordt aangevoeld ?

Krijgt de opleiding palliatieve zorgen voldoende aandacht in het curriculum van kandidaat-artsen of gaat het om een optioneel lessenpakket dat slechts door een kleine groep gevolgd wordt ? Hebben alle SCEN-artsen een opleiding palliatieve zorgen achter de rug ?

De spreker stelt vast dat de experten palliatie en euthanasie bijna uitsluitend verbinden met een optreden van de huisarts. Krijgt wie door zijn gezondheidstoestand niet

important, étant donné que les médecins sont souvent soumis à une forte pression pour agir d'une manière déterminée. Le besoin de contrôle et de transparence en ce qui concerne l'acte euthanasique se fait sentir avec beaucoup acuité aux Pays-Bas. Les procédures instaurées par la loi peuvent prolonger le processus émotionnel, mais sont néanmoins nécessaires.

L'orateur est favorable à la création de six centres de développement des soins palliatifs; les médecins traitants peuvent aussi s'adresser à ces centres en cas de besoin.

En guise de conclusion, *l'orateur* précise qu'il ne considère pas la nouvelle loi comme absolument nécessaire. On aurait aussi pu élaborer un système efficace par le biais du Code de déontologie des médecins. Il s'agit toutefois là d'une remarque d'ordre plutôt pratique et non d'une critique fondamentale de la loi.

QUESTIONS ET REMARQUES DES MEMBRES

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) se demande si, dans le système néerlandais, les commissions de contrôle sont des institutions permanentes ou si, au contraire, elles sont renouvelées régulièrement. *L'intervenante* demande également si la formation aux soins palliatifs est un volet obligatoire ou facultatif du programme de formation du médecin.

M. Hubert Brouns (CD&V) demande si, par le passé, des peines ont déjà été prononcées aux Pays-Bas pour non-respect de l'obligation de déclarer les cas d'euthanasie. Quelles sont les peines applicables ? Qui se prononce de manière définitive sur la question de savoir si une demande d'euthanasie est réelle ou est, au contraire, une demande de traitement supplémentaire pour lutter contre la douleur ?

M. Luc Goutry (CD&V) émet des doutes à propos de la position défendue par les experts, selon laquelle l'adoption d'une loi relative à l'euthanasie donne lieu à un débat plus ouvert sur cette problématique délicate. L'entrée en vigueur d'un texte bien déterminé peut précisément avoir pour effet de mettre un point final à la discussion. L'inscription de l'euthanasie dans un texte de loi ne risque-t-elle d'entraîner une banalisation du thème, qui serait abordé trop rapidement dans les entretiens entre médecin et patient, et de faire en sorte que l'euthanasie ne soit plus perçue comme une mesure d'exception ?

La formation aux soins palliatifs bénéficie-t-elle d'une attention suffisante dans le curriculum des candidats médecins ou s'agit-il d'une option qui n'est suivie que par un petit groupe ? Tous les médecins du SCEN ont-ils suivi une formation aux soins palliatifs ?

L'orateur constate que, pour les experts, les soins palliatifs et l'euthanasie relèvent presqu'exclusivement de l'intervention du médecin traitant. Celui qui ne peut

thuis kan verblijven en daardoor geen beroep kan doen op zijn huisarts dan wel voldoende kansen om die thema's met een arts te bespreken ?

Leidt een verbetering van de palliatieve begeleiding tot een vermindering van het aantal vragen om euthanasie ?

De experten vinden dat artsen moeten proberen te sonderen wat de gedachten van een patiënt zijn. Zou het dan niet kunnen dat actieve artsen vaker een euthanasievraag uitlokken dan meer terughoudende artsen ?

Welke vormen kan de aangehaalde druk van de omgeving aannemen ? Stellen zij vaak uitdrukkelijk de vraag tot toediening van euthanasie ? Richten sommige patiënten de vraag, die ze zelf niet durven stellen, tot de arts door de bemiddeling van een familielid ?

De spreker vermoedt dat enkel mondige mensen een beroep doen op een wettelijke euthanasieregeling. Het in de Kamer voorliggende wetsvoorstel betekent weinig voor mensen die hun gedachten niet goed kunnen of durven verwoorden. Wordt er voldoende rekening gehouden met die meest beschermenswaardige groep ?

De stelling dat er beter een imperfecte wet is dan geen wet, kan hij niet onderschrijven. De wetgever moet ambitieuzer zijn inzake de kwaliteit van wetgeving; van een in oorsprong slechte wet kan nooit meer iets goeds gemaakt worden.

Is het uiteindelijke streefdoel van een wettelijke euthanasieregeling niet de volstrekte zelfbeschikking ? Alle experten stelden weliswaar dat er niet zoiets bestaat als het recht op euthanasie, maar de klemtoon die ze leggen op de autonomie van de patiënt lijkt wel naar dit recht te leiden. Ook het in de Senaat aangenomen voorstel lijkt de zelfbeschikking als onderliggende drijfveer te hebben.

Ten slotte vindt de spreker dat er meer moet worden gefocust op steundokters voor palliatieve zorgen, die in hun functie van adviesverlening prioritair aandacht zouden moeten krijgen; het euthanasieconsult daarentegen dient slechts in subsidiaire orde aan bod te komen.

Mevrouw Michèle Gilkinet, (Ecolo-Agalev) wil weten hoe het aantal uitgevoerde euthanasieaanvragen wordt bepaald en of het aantal gevallen van euthanasie toegenomen is sedert de inwerkingtreding van de wet.

De voorzitter, mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vraagt of het geval van de minderjarigen is opgenomen in de wet in Nederland en of dit in de toekomst zal gebeuren. Vanaf 16 jaar is de situatie duidelijk want dan kunnen minderjarigen medisch op dezelfde aanpak aanspraak maken als de volwassenen. Hoeveel aanvragen zijn er tot hiertoe ingediend ? Heeft de gerustheid waarrester chez lui en raison de son état de santé et ne peut, de ce fait, faire appel à son médecin traitant, a-t-il des chances suffisantes de discuter de ces sujets avec un médecin ?

Une amélioration de l'offre d'accompagnement palliatif conduit-elle à une réduction du nombre de demandes d'euthanasie ?

Les experts estiment que les médecins doivent tenter de sonder les pensées d'un patient. Des médecins actifs ne pourraient-ils dès lors par susciter davantage de demandes d'euthanasie que des médecins plus réservés ?

Quelles formes peut prendre la pression de l'entourage évoquée par ailleurs ? Est-il fréquent que ledit entourage pose expressément la question de l'euthanasie ? Certains patients posent-ils, par l'intermédiaire d'un membre de leur famille, la question qu'ils n'osent poser eux-mêmes à leur médecin ?

L'orateur présume que seules les personnes majeures recourent au régime légal de l'euthanasie. Le proposition de loi déposée à la Chambre ne représente pas grand-chose pour les personnes qui ne peuvent ou n'osent pas bien formuler leurs pensées. Tient-on suffisamment compte de ce groupe plus vulnérable ?

Il ne peut souscrire à l'argument selon lequel mieux vaut une loi imparfaite que pas de loi du tout. Le législateur doit être plus ambitieux en ce qui concerne la qualité de la législation. Une loi mauvaise au départ ne peut jamais rien donner de bon.

L'objectif ultime d'une réglementation légale sur l'euthanasie n'est-il pas l'autodétermination absolue ? Si tous les experts affirment qu'il n'existe pas de droit à l'euthanasie, l'accent qu'ils mettent sur l'autonomie du patient semble conduire à ce droit. Le motif sous-jacent de la proposition adoptée au Sénat semble également être le droit à l'autodétermination.

Pour terminer, l'intervenant estime qu'il convient de se focaliser davantage sur les médecins chargés du soutien des patients dans le cadre des soins palliatifs, qui, dans leur fonction de conseil, devraient être consultés en priorité; en revanche, le conseiller en matière d'euthanasie ne doit intervenir que subsidiairement.

Mme Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev) demande comment le nombre de demandes d'euthanasie est déterminé et si le nombre de cas d'euthanasie a augmenté depuis l'entrée en vigueur de la loi.

La présidente, Mme Yolande Avontroodt (VLD), demande si le cas des mineurs d'âge est prévu dans la loi néerlandaise actuelle et s'il le sera à l'avenir. À partir de l'âge de seize ans, la situation est claire, étant donné que les mineurs peuvent demander à être traités, sur le plan médical, de la même manière que les adultes. Combien de demandes ont-elles déjà été introduites à ce

naar wordt verwezen, te maken met de toetsing vooraf of met de steun en de consultatie van de SCEN-artsen ?

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Ecolo-Agalev) vraagt wat er gebeurt wanneer een euthanasievraag wordt geformuleerd aan de behandelende arts, er wordt een verslag over opgemaakt maar de euthanasie wordt niet uitgevoerd. Nemen de behandelende arts en de consulent-arts dan nadien contact op met elkaar over de vraag. En wat is dan het verdere verloop van de procedure ?

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat in Nederland de uitvoering van euthanasie meer thuis gebeurt dan in het ziekenhuis wat te maken heeft met de relatie tussen de arts en de patiënt. Het houdt ook een hele procedure in. Dit brengt mee dat mondige en meer stabiele patiënten meer kansen hebben om tot het einde van de procedure te raken. Hoe worden de aanvragen van personen met psychische aandoeningen behandeld ? Wanneer kan men spreken van psychisch ondraaglijk lijden ? Hoe moet men de euthanasiewet op hen toepassen, er rekening mee houdend dat het moet gaan om een weloverwogen en goed besproken vraag ?

Een belangrijk punt is eveneens dat zowel de mogelijkheid van toedienen van palliatieve zorg als de toepassing van euthanasie voor ogen moet worden gehouden. In geval van euthanasie gaat het om een hulpvraag waarop nu kan worden ingegaan, daar waar dit vroeger niet mogelijk was. Vroeger ontstond daardoor een noodsituatie die zowel materieel als psychosociaal moest worden opgelost. Men moet dus zeker ook de mogelijkheid van palliatieve zorg uitwerken.

De heer Jef Valkeniers (VLD) merkt op dat hij het moeilijk heeft met de mogelijkheid van beroep te doen op euthanasie voor psychische zieken. Hij onderlijnt dat het vaststellen van het ondraaglijk lijden voor psychische zieken zeer moeilijk is. Er zijn mensen met zeer zware depressies die bij het uitkomen van nieuwe geneesmiddelen er toch terug bovenop kunnen komen. Zou er in dit geval niet eerder sprake moeten zijn van hulp bij zelfdoding. Men moet een onderscheid maken tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het moet mogelijk zijn mensen in deze omstandigheden te helpen, maar dat moet gebeuren in het kader van een afzonderlijke wetgeving.

Hij merkt ook op dat in Nederland de euthanasie voornamelijk thuis wordt uitgevoerd. In België is er in ieder ziekenhuis een team dat zich bezighoudt met palliatieve zorg. Is dat in Nederland ook het geval ? In België is de tendens om iemand die gezondheidsproblemen krijgt naar het ziekenhuis te zenden naar de afdeling palliatieve

jour ? La sérénité qui a été mise en exergue s'explique-t-elle par l'évaluation préalable ou par le soutien et la consultation des médecins du *SCEN* (*Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*) ?

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Ecolo-Agalev) demande ce qui se passe lorsqu'une demande d'euthanasie est faite au médecin traitant et qu'un rapport est rédigé, mais que l'euthanasie n'est pas pratiquée. Le médecin traitant et le médecin consulté se mettent-ils ensuite en rapport pour discuter la question ? Et quelle est ensuite le déroulement de la procédure ?

M. Luc Goutry (CD&V) fait observer qu'au Pays-Bas, l'euthanasie est plus souvent pratiquée au domicile du patient qu'en milieu hospitalier, en raison de la relation entre le médecin et le patient. Le processus d'euthanasie implique également toute une procédure. Il en résulte que les patients capables de faire valoir leurs opinions et doués d'une plus grande stabilité ont plus de chances d'atteindre la fin de la procédure. Comment sont traitées les demandes émanant de personnes souffrant d'affections psychiques ? Quand peut-on parler de souffrance psychique insupportable ? Comment doit-on appliquer la loi sur l'euthanasie à leur égard, sans perdre de vue qu'il doit s'agir d'une question mûrement réfléchie ?

Un autre élément important réside dans le fait qu'il faut aussi bien envisager la possibilité de proposer des soins palliatifs que celle de l'euthanasie. Dans le cas de l'euthanasie, on est face à une demande d'aide à laquelle on peut désormais répondre, ce qui n'était pas possible par le passé. Cette impossibilité créait dès lors une situation de détresse à laquelle il fallait apporter une réponse tant sur le plan matériel que sur le plan psychosocial. Dès lors, il est certain qu'il faut également développer la possibilité de proposer des soins palliatifs.

M. Jef Valkeniers (VLD) fait observer qu'il a du mal à accepter que l'on puisse avoir recours à l'euthanasie pour les malades mentaux. Il souligne qu'il est très difficile d'établir si un malade mental endure des souffrances insupportables. Certains dépressifs très gravement atteints peuvent toujours se rétablir si de nouveaux médicaments sont mis sur le marché. Ne serait-il pas préférable de parler, dans ce cas, d'aide au suicide ? Il convient d'établir une distinction entre l'euthanasie et l'aide au suicide. Il doit être possible d'aider les personnes qui se trouvent dans de telles situations, mais cette aide doit s'inscrire dans le cadre d'une législation distincte.

Il fait également observer qu'aux Pays-Bas, l'euthanasie se pratique surtout à domicile. En Belgique, il y a une équipe de soins palliatifs dans chaque hôpital. Est-ce également le cas aux Pays-Bas ? En Belgique, on a tendance à diriger une personne confrontée à des problèmes de santé vers une section de soins palliatifs alors

zorg, daar waar het eerder de taak van de huisarts zou moeten zijn deze mensen te begeleiden.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) merkt op dat de euthanasiewet vooral de arts beschermt en dat het goed zou zijn dat euthanasie en hulp bij zelfdoding in eenzelfde wet zouden worden geregeld. Ze wil bovendien weten wat de verantwoordelijkheid is van de apotheker bij het ter beschikking stellen van het euthanaticum. Is er overleg tussen de arts en de apotheker ? Zijn er specifieke zorgvuldigheidvereisten bij het opstellen van een voorschrift voor een euthanaticum ?

Antwoorden van de deskundigen

Dr. R.S. van Coevorden zegt dat niet-melding van de toediening van euthanasie in hoofde van een arts in Nederland bestraft wordt met een hechtenis van 3 jaar of met een administratieve boete van 5 000 gulden. Hij onderlijnt dat de huidige wet een basiswet is die een eerste algemene regeling bevat. Naderhand kan de wetgeving worden verfijnd en voorzien in de behandeling van meer bijzondere situaties.

De wet laat de arts toe in te gaan op een verzoek van de patiënt. Daarvoor kan beroep worden gedaan op een mening van een andere arts, die kan bevestigen dat de patiënt de zorg krijgt die hij verdient. Wanneer de arts dus de uitgewerkte procedure volgt en zich toetsbaar opstelt kan hij achteraf niet chantabel zijn. De wet beschermt de arts die volgens de regels heeft gehandeld want dit maakt zijn optreden maatschappelijk aanneembaar. Dit brengt een gevoel van gerustheid mee. Bovendien biedt dit de mogelijkheid aan de arts om zich te laten bijsturen wetend dat hij niet van alles op de hoogte kan zijn.

De huisartsen moeten verder worden gemotiveerd voor de toepassing van palliatieve zorg en er wordt voorzien in een opleiding daarover. Voor het ogenblik wordt er een netwerk opgestart van huisartsen met een opleiding in palliatieve geneeskunde, en die zullen in de loop van het jaar beschikbaar worden. De opleiding van SCEN-consulenten voorziet maar in een halve dag opleiding in palliatieve zorg. Dit heeft twee doelen : enerzijds de huisarts die de opleiding volgt motiveren voor de palliatieve zorg en anderzijds hem informeren over de reeds beschikbare kennis daarover. Het is de taak van de consulent, wanneer hij ziet dat een ongeneeslijk lijden kan worden gelenigd, te verwijzen naar de juiste deskundige. De consulent raadpleegt ook andere deskundigen wanneer hij tijdens de procedure ontdekt dat hij niet over alle nodige kennis beschikt.

Dr. J. Schuurmans voegt eraan toe dat de voorziening in palliatieve zorg zal worden aangevuld en in de toekomst ook een meer definitieve inbedding in de Nederlandse gezondheidszorg zal krijgen. Het punt zal binnenkort in de Nederlandse Kamer worden besproken.

que la tâche du médecin de famille devrait plutôt consister à l'accompagner.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) fait observer que la loi sur l'euthanasie protège surtout le médecin et qu'il serait souhaitable que l'euthanasie et l'aide au suicide soient réglées dans une seule et même loi. Elle demande en outre quelle est la responsabilité portée par le pharmacien lorsqu'il délivre un euthanasiant. Y a-t-il une concertation entre le médecin et le pharmacien ? Le médecin doit-il respecter des critères de minutie spécifiques lorsqu'il prescrit un euthanasiant ?

Réponses des experts

Le docteur R.S. van Coevorden déclare qu'aux Pays-Bas, un médecin qui ne signale pas une intervention euthanasique est puni d'une peine d'emprisonnement de 3 ans ou d'une amende administrative de 5 000 florins. Il souligne que la loi actuelle est une loi de base, qui comprend un premier régime général. La loi pourra être affinée ultérieurement et prévoir le traitement de situations plus spécifiques.

La loi permet au médecin de répondre à une demande du patient. Avant d'y répondre, il peut demander l'avis d'un autre médecin, qui peut confirmer que le patient reçoit les soins qu'il mérite. Donc, lorsque le médecin suit la procédure prescrite et se soumet au contrôle, il ne s'expose pas par la suite à un éventuel chantage. La loi protège le médecin qui a agi selon les règles, car ce respect des règles rend son acte acceptable aux yeux de la société. Il en résulte un sentiment de sérénité. Cette procédure permet en outre au médecin de se faire encadrer, sachant qu'il ne peut pas tout connaître.

Il faut continuer d'inciter les médecins généralistes à pratiquer la médecine palliative et une formation en la matière est prévue. Pour l'instant, on met en place un réseau de médecins généralistes possédant une formation en médecine palliative qui seront opérationnels dans le courant de l'année. La formation des consultants du réseau SCEN ne prévoit qu'une formation d'une demi-journée en médecine palliative. L'objectif est double : d'une part, inciter le généraliste qui participe à la formation à recourir aux soins palliatifs et, d'autre part, l'informer de l'état des connaissances en la matière. Lorsque le consultant constate que les souffrances dues à une affection incurable peuvent être allégées, sa tâche consiste à orienter le patient vers le spécialiste qui lui convient le mieux. Le consultant s'adresse également à d'autres experts s'il s'aperçoit, pendant la procédure, qu'il ne dispose pas de toutes les informations nécessaires.

Le docteur J. Schuurmans ajoute que l'offre de soins palliatifs sera complétée et qu'à l'avenir, les soins palliatifs feront partie intégrante du système des soins de santé aux Pays-Bas. Ce point fera prochainement l'objet d'un débat au Parlement néerlandais. On constate une diffé-

Bij de huisartsen is er nu meer differentiatie en wordt vastgesteld dat er meer onderlinge consultatie is, als gevolg van de euthanasiewetgeving. In dit kader is de opleiding palliatieve zorg gestart met een eerste groep van 50 artsen. Daar euthanasie politiek een belangrijk punt is krijgt de SCEN-arts momenteel veel aandacht. Palliatieve zorg is politiek minder actueel. Dit blijkt ook uit de financiering. SCEN-artsen krijgen formeel 500 gulden betaald. Huisartsen die gespecialiseerd zijn in palliatieve zorgen krijgen geen vergoeding daarvoor. Daarom is een formele inbedding nodig voor deze huisartsen. Daar wordt voor het ogenblik aan gewerkt.

Er zijn geen cijfers noch wetenschappelijke gegevens voorhanden waaruit zou blijken dat het aantal gevallen van euthanasie is gewijzigd naargelang er al dan niet palliatieve zorg wordt toegekend. De vraag naar euthanasie is een hulpvraag, deze wordt niet altijd ingewilligd.

Het begrip deskundigheid moet duidelijker worden gedefinieerd in de Belgische wetgeving. Op dezelfde wijze als nagedacht wordt over de levenskwaliteit moet ook de vraag naar de kwaliteit van het levenseinde uit de taboesfeer worden gehaald en bespreekbaar worden. In Nederland ligt de huisartsengeneeskunde heel dicht bij de patiënt. De emotionele begeleiding van de patiënt is belangrijk. Dit is één van de vernieuwende aspecten die de euthanasiewet heeft teweeggebracht.

Een van de knelpunten is de melding in de ziekenhuizen. Men krijgt nu meer toegang tot vragen naar het levenseinde in ziekenhuizen. Deze moet op een betere wijze georganiseerd worden.

Dr. R.S. van Coevorden voegt eraan toe dat de mogelijkheid tot euthanasie over te gaan niet wordt voorgesteld aan de patiënten. Het moet van henzelf komen, anders kan men niet spreken van vrijwilligheid. De geneesheer kan wel met een patiënt praten over hoe deze zijn levenseinde ziet.

In die context kan dan de vraag naar euthanasie aan de orde komen. Ook indien het de familie is die de arts inlicht over de mogelijke vraag naar euthanasie van de patiënt, zal de arts nagaan in een gesprek met de patiënt zelf of deze de vraag ook zelf formuleert. Indien de patiënt het niet doet kan de arts in geen geval overgaan tot euthanasie. Dit is een andere situatie dan wanneer iemand niet meer wilsbekwaam is en zich wil uitdrukken door middel van een machtiging.

Eerst wordt er door de euthanaserend huisarts een verslag opgemaakt, volgens een vast model. Daarin staan een aantal vragen waar de huisarts in ieder geval moet op antwoorden zoals : hoe is de huisarts samen met de patiënt tot de vraag om euthanasie gekomen ?

renciation plus importante parmi les généralistes et ils se consultent davantage entre eux depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'euthanasie. C'est dans ce contexte qu'un premier groupe de cinquante médecins a commencé une formation en médecine palliative. Compte tenu de l'importance politique de la question de l'euthanasie, les médecins participant au projet SCEN suscitent un grand intérêt. Les soins palliatifs intéressent moins le politique. Cela se traduit également au niveau du financement : les médecins du réseau SCEN perçoivent une rémunération officielle de 500 florins. Les généralistes spécialisés en médecine palliative ne sont pas rémunérés pour cette spécialisation. C'est la raison pour laquelle il faut faire en sorte que ces généralistes soient officiellement reconnus. On s'y emploie actuellement.

On ne dispose pas de chiffres ni de données scientifiques dont il ressort que le nombre de cas d'euthanasie varie selon que des soins palliatifs sont ou non dispensés. La demande d'euthanasie est une demande d'aide et il n'y est pas toujours donné suite.

Il y a lieu de préciser la notion d'expertise dans la législation belge. De même que l'on réfléchit à la qualité de la vie, il faut aussi que la question de la qualité de la fin de vie cesse d'être taboue pour que l'on puisse en parler librement. Aux Pays-Bas, les médecins traitants sont très proches des patients. L'accompagnement émotionnel du patient y revêt une grande importance. Il s'agit là d'une des dimensions nouvelles développées par la loi sur l'euthanasie.

Un des problèmes est la communication dans les hôpitaux. Les questions relatives à la fin de vie sont à présent abordées plus ouvertement dans les hôpitaux. Ce dialogue doit être mieux organisé.

Le docteur R.S. van Coevorden précise que la possibilité de pratiquer l'euthanasie n'est pas proposée aux patients. La demande doit émaner des patients eux-mêmes, sinon elle ne peut pas être considérée comme formulée de manière volontaire. Le médecin peut certes discuter avec un patient de la manière dont ce dernier envisage sa fin de vie.

C'est dans ce contexte que la demande d'euthanasie peut être formulée. Même lorsque c'est la famille qui informe le médecin de l'éventuelle demande d'euthanasie du patient, le médecin s'entretiendra avec le patient personnellement afin de savoir s'il formule, lui aussi, une telle demande. Si tel n'est pas le cas, le médecin ne pourra en aucun cas pratiquer une euthanasie. Cette situation est différente de celle dans laquelle une personne n'est plus en mesure de manifester sa volonté et souhaite s'exprimer par la voie d'une procuration.

Le généraliste euthanasiant doit tout d'abord rédiger un rapport, sur la base d'un document type. Celui-ci contient un certain nombre de questions auxquelles le généraliste est en tout cas tenu de répondre, notamment la question de savoir comment le médecin et le patient

Nadien wordt door de SCEN-arts een verslag gemaakt, waarin wordt opgenomen of al dan niet aan de zorgvuldigheidscriteria werd voldaan. Beide rapporten worden overgemaakt aan de toetsingscommissie. Daarbij wordt dan de wilsverklaring van de patiënt gevoegd eventueel aangevuld met het egodocument. In dit document meldt de patiënt, op vraag van de behandelende arts, waarom hij wil dat overgegaan wordt tot euthanasie.

Hij onderstreept verder dat het uitgangspunt is dat men de patiënt wil helpen. De behandelende arts kan raad vragen aan de consulent. Op grond hiervan kan de behandelend arts samen met de patiënt besluiten dat wordt beantwoord aan de zorgvuldigheidscriteria. Nadien kan een wachtperiode ontstaan vooraleer de euthanasie effectief wordt uitgevoerd. Wanneer deze periode te lang wordt of er twijfel ontstaat kan opnieuw advies worden uitgebracht.

Dr. G.Kimsma herhaalt dat euthanasie geen recht is. Een arts kan niet verplicht worden euthanasie uit te voeren.

Dr. R.S. Van Coevorden voegt eraan toe, dat het hier gaat om een wet waar geen rechten aan verbonden zijn. De wet geeft de mogelijkheid aan de arts om de patiënt te helpen, door de arts te beschermen op voorwaarde dat hij de zorgvuldigheidscriteria naleeft. Men mag daarbij niet vergeten dat euthanasie in Nederland nog steeds in het strafrecht staat.

Professor C. Van Spreeuwenberg legt uit dat in Nederland euthanasie vooral thuis wordt uitgevoerd omdat het vertrouwen tussen de arts en de patiënt, wat het doorslaggevende argument is, in deze omstandigheden groter is. Vaak worden terminale kankerpatiënten, die het meest beroep doen op de wet trouwens thuis verzorgd. De communicatie is een centraal gegeven in de relatie tussen de arts en patiënt, en deze is vloeiender in de thuissfeer dan in het ziekenhuis. Het is waar dat mondigere patiënten meer mogelijkheden hebben om een beroep te doen op de wet. Dit punt is in Nederland ook aan de orde gekomen in het Parlement. Dit is echter het geval voor alle soorten zorgverstrekkingen.

Ook in de gevallen van psychisch lijden moeten de zorgvuldigheidscriteria in acht worden genomen. Daarover ging de discussie in Nederland in 1984, toen de zorgvuldigheidscriteria werden vastgelegd. Voor de toepassing van de wet gaat het om patiënten die in een chronische depressie zitten, en die normaliter niet door de huisarts worden behandeld.

Dr. N. Mensing legt uit dat in verplegingshuizen minder euthanasie wordt toegepast dan thuis. Een gedeeltelijke verklaring daarvoor is dat een deel van deze instellingen een religieuze achtergrond hebben. In vele van deze verpleeghuizen is euthanasie nog taboe. Wat vaak voorkomt is dat personen na een lang verblijf in dergen sont arrivés conjointement à aborder la demande d'euthanasie. Ensuite, un médecin du réseau SCEN rédige un rapport, indiquant s'il a été satisfait ou non aux critères de minutie. Les deux rapports sont transmis à la commission de contrôle. On y joint également la déclaration de volonté du patient, éventuellement complétée par l'ego-document dans lequel le patient indique, à la demande du médecin traitant, les raisons pour lesquelles il souhaite recourir à l'euthanasie.

Il souligne par ailleurs que le point de départ est la volonté d'aider le patient. Le médecin traitant peut demander conseil au consultant. C'est sur cette base que le médecin traitant peut décider conjointement avec le patient qu'il est satisfait aux critères de minutie. Une période d'attente peut ensuite être prévue avant que l'euthanasie ne soit pratiquée effectivement. Si cette période se prolonge ou que des doutes surgissent, un nouvel avis peut être demandé.

Le docteur G. Kimsma répète que l'euthanasie n'est pas un droit. Un médecin ne peut pas être obligé de pratiquer l'euthanasie.

Le docteur R.S. Van Coevorden ajoute qu'il s'agit en l'occurrence d'une loi qui ne confère aucun droit. La loi donne au médecin la possibilité d'aider le patient en le protégeant lui, le médecin, à condition de respecter les critères de rigueur. Il ne faut pas oublier qu'aux Pays-Bas, l'euthanasie est toujours inscrite dans le Code pénal.

Le professeur C. Van Spreeuwenberg précise qu'aux Pays-Bas, l'euthanasie est essentiellement pratiquée à domicile, parce que la confiance entre le médecin et le patient, qui est l'élément décisif, est plus grande dans ces conditions. Les cancéreux en phase terminale, qui sont les patients qui ont le plus fréquemment recours à la loi, sont d'ailleurs souvent soignés à domicile. La communication, qui est un élément central de la relation entre le médecin et le patient, est plus aisée quand les soins sont dispensés à domicile que lorsqu'ils le sont en milieu hospitalier. Il est vrai que les patients qui sont mieux à même de s'assumer ont davantage de possibilités d'invoquer la loi. Ce point a également été abordé au Parlement néerlandais. Tel est toutefois le cas pour tous les types de soins.

Il convient également de satisfaire aux critères de rigueur en cas de souffrance psychique. Le débat a porté sur ce thème aux Pays-Bas en 1984, au moment où les critères de minutie ont été fixés. Pour l'application de la loi, il s'agit de patients étant en dépression chronique et qui ne sont normalement pas traités par le médecin traitant.

Le docteur N. Mensing précise que l'euthanasie est moins souvent pratiquée dans les maisons de soins qu'à domicile. Cette situation s'explique en partie par le fait qu'un certain nombre de ces institutions sont d'obédience religieuse. Dans nombre de ces maisons de soins, l'euthanasie est encore taboue. Il arrive fréquemment

lijke instelling nadien thuis kiezen voor euthanasie. Deze situatie is voor het ogenblik geleidelijk aan het veranderen. SCEN-artsen worden nu in verpleeghuizen gevraagd.

Hij haalt bovendien aan dat het belangrijk is alleen met de patiënt te spreken. Dit wordt onderlijnd gedurende de opleiding van de SCEN-artsen. Soms is het voor de familie moeilijk om de arts alleen te laten met de patiënt wanneer belangrijke punten worden behandeld. Het is nochtans belangrijk de patiënt alleen te kunnen spreken omdat een van de redenen om over te gaan tot euthanasie immers kan zijn dat de patiënt het zijn familie niet langer moeilijk wil maken. Hij moet dit kunnen uitdrukken.

Situaties waar de familie zich blijft verzetten tegen de wil van de patiënt om tot euthanasie over te gaan zal men proberen te voorkomen, door langdurig met iedereen te praten. Het blijft echter wel de patiënt die de definitieve beslissing neemt.

Dr. G. Kimsma legt uit dat in Nederland minderjarigen tussen 16 en 18 jaar medisch als volwassenen worden beschouwd. De wet bepaalt dat minderjarigen onder de 16 jaar een verzoek tot medische behandeling kunnen indienen, waarover wordt overlegd met de ouders, die ermee moeten instemmen. Deze regeling is ook van toepassing voor euthanasie. Zonder toestemming van de ouders kan ze niet worden uitgevoerd. Ook hier wordt steeds getracht om tot een consensus te komen. Men moet voor ogen houden dat de arts ook een rol te spelen heeft ten opzichte van de nabestaanden en de last of belasting na het overlijden niet nog groter mag maken. Vaak heeft het niet accepteren van de vraag naar euthanasie te maken met het nog niet aanvaarden dat een familielid of een kind gaat sterven.

De regeling voor minderjarigen is dus duidelijk in de nieuwe Nederlandse wetgeving voorzien, in tegenstelling tot het Belgische wetsontwerp, wat euthanasie enkel mogelijk maakt voor volwassenen en ontvoogde minderjarigen.

De wet biedt bovendien ook extra bescherming indien een patiënt weigert een verdere behandeling te ondergaan zelfs indien er nog wat hoop is. Wanneer in de loop van de procedure nog een behandeling wordt gevonden, maar de patiënt weigert deze, moet de hele procedure worden overgedaan.

De gevallen van chronische depressie komen heel weinig voor. In Nederland wordt er geen onderscheid gemaakt tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. De patiënten moeten zelf kunnen beslissen. De spreker vindt het een gebrek dat in het Belgische wetsontwerp de hulp bij zelfdoding niet wordt opgenomen.

que des personnes ayant effectué un long séjour dans une telle institution optent ensuite pour l'euthanasie une fois qu'elles sont rentrées chez elles. On observe actuellement une certaine évolution dans ce domaine. Les médecins du réseau SCEN sont de plus en plus sollicités dans les maisons de soins.

Il souligne en outre qu'il est important de parler avec le patient seul. L'attention des médecins du réseau SCEN est attirée sur ce point pendant leur formation. La famille éprouve quelquefois des difficultés à laisser le patient seul avec le médecin lorsque des points importants sont abordés. Il est toutefois important de pouvoir parler au patient seul, étant donné qu'une des raisons pour lesquelles le patient demande de pratiquer l'euthanasie peut en effet être qu'il ne veut plus constituer un problème pour sa famille. Il doit pouvoir l'exprimer.

On essaiera d'éviter les situations où la famille continue à s'opposer à la volonté du patient de se faire euthanasier, en ayant une longue conversation avec les intéressés. La décision définitive appartient, quoi qu'il en soit, au patient.

Le docteur G. Kimsma explique qu'aux Pays-Bas, les mineurs âgés entre 16 et 18 ans sont considérés comme des adultes d'un point de vue médical. La loi dispose que les mineurs âgés de moins de 16 ans peuvent introduire une demande de traitement médical. Cette demande doit faire l'objet d'une concertation avec les parents, dont le consentement est requis. Ces règles s'appliquent également à l'euthanasie. Sans le consentement des parents, le médecin ne peut pas donner suite à la demande du patient mineur. Dans ce cas de figure aussi, on tentera toujours d'arriver à un consensus. Il faut garder à l'esprit que le médecin a également un rôle jouer vis-à-vis des proches et qu'il doit veiller à ce que la détresse ou l'épreuve ne soit encore plus difficile à supporter après le décès. Le refus de la demande d'euthanasie est souvent lié au refus d'accepter qu'un membre de la famille ou un enfant va mourir.

Le régime applicable aux mineurs est donc clairement prévu dans la nouvelle législation néerlandaise. Ce n'est en revanche pas le cas dans le projet de loi belge, qui n'ouvre l'euthanasie qu'aux adultes et aux mineurs émancipés.

La loi offre en outre une protection supplémentaire lorsque le patient refuse de poursuivre le traitement, même lorsqu'il subsiste un espoir. Lorsqu'un traitement est découvert en cours de procédure et que le patient le refuse, toute la procédure doit être recommencée.

Les cas de dépression chronique sont très rares. Aux Pays-Bas, il n'est pas faite de distinction entre l'euthanasie et l'aide au suicide. Les patients doivent pouvoir prendre la décision eux-mêmes. L'orateur estime que l'absence de dispositions concernant l'aide au suicide dans le projet de loi belge constitue une lacune.

Omtrent de verantwoordelijkheid van de apotheker onderlijnt hij dat de aanvaarde middelen voor euthanasie duidelijk zijn gedefinieerd door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Farmacie. De apotheker moet het middel zelf maken en afleveren aan de arts die daarvoor moet aftekenen. Bovendien heeft de apotheker ook nog de verantwoordelijkheid om na te gaan of de patiënt waarvoor het euthanaticum wordt afgeleverd ook effectief lijdt aan een ongeneselijke aandoening. Dit is echter een soort toetsing zonder wettelijke basis. Indien het middel niet zou zijn toegediend of genomen wordt aan de arts aangeraden het terug te dragen naar de apotheker. Er zijn dus een aantal maatregelen genomen om de risico's zoveel mogelijk uit te sluiten en de verantwoordelijkheden daar te laten waar ze horen, namelijk bij de apotheker en bij de arts. Ook de apotheker kan niet verplicht worden een euthanaticum te bereiden. Het voorschrift moet beantwoorden aan de wetgeving over verdovende middelen en moet dus op een duidelijke wijze zijn opgesteld.

Dr. J. Schuurmans herhaalt dat thuis de beste plaats is om tot euthanasie over te gaan. De curatieve behandeling gebeurt in het ziekenhuis. De culturele evolutie die is ontstaan rond de problematiek van het levenseinde houdt in dat er reeds in een eerder stadium aan wordt gedacht en over gesproken. Het systeem van de palliatieve zorg zou in Nederland nog verder moeten worden uitgewerkt. Het zorgelement zou moeten primeren terwijl momenteel eerder financiële overwegingen de bovenhand halen. Hij is dan ook van oordeel dat bepaalde grondrechten in Nederland in toenemende mate worden geschonden. Het is belangrijk dat de politiek duidelijk maakt wat belangrijk is en waar de financiering naartoe moet gaan. De begroting voor palliatieve zorg is in beide landen, en vooral in Nederland, onvoldoende.

Er bestaan palliatieve units in alle ziekenhuizen. Deze moeten echter verder financieel worden ondersteund teneinde de grondrechten van de patiënten te vrijwaren. Ook verpleeghuizen hebben in dit opzicht nood aan meer financiële middelen. Voor het ogenblik zou het in Nederland belangrijk zijn op te komen voor de grondrechten van verzorgingsbehoeftigen. Dit is trouwens zijn kritiek naar de Nederlandse vereniging voor euthanasie toe. De verpleeghuisartsen willen zich profileren op dit terrein maar budgettair hebben ze weinig ruimte. Er zijn maar sporadisch palliatieve bedden aanwezig in Nederlandse ziekenhuizen. En dit is zeker niet structureel.

Op vraag van de heer Goutry antwoordt *Dr. van Geldorp* dat hij geen geval kent waarin mensen afhaken op het laatste ogenblik voor het uitvoeren van Euthanasie.

Quant à la responsabilité du pharmacien, il souligne que les produits euthanasiques tolérés ont été clairement définis par la *Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Farmacie*. Le pharmacien doit préparer le produit personnellement et le délivrer au médecin, qui doit signer pour sa réception. De plus, le pharmacien doit également vérifier si le patient auquel est délivré le produit euthanasique est effectivement atteint d'une maladie incurable. Il s'agit toutefois d'une forme de contrôle qui ne repose sur aucune base légale. Lorsque le produit n'est ni administré, ni pris, il est recommandé au médecin de le rapporter au pharmacien. Diverses mesures ont donc été prises afin de réduire les risques autant que possible et de faire assumer les responsabilités par ceux à qui elles incombent, à savoir le pharmacien et le médecin. Le pharmacien ne peut, lui non plus, pas être contraint de préparer un produit euthanasique. La prescription doit être conforme à la législation relative aux stupéfiants et doit dès lors être rédigée sans ambiguïté.

Le docteur J. Schuurmans répète que le domicile du patient est le meilleur endroit pour procéder à son euthanasie. Le traitement curatif s'effectue en milieu hospitalier. L'évolution culturelle qui s'est produite au sujet de la problématique de la fin de vie fait que le problème est envisagé et discuté à un stade moins avancé. Le système des soins palliatifs devrait encore être développé davantage aux Pays-Bas. Alors que l'aspect purement médical devrait primer aux Pays-Bas, ce sont actuellement les considérations financières qui prévalent. Il estime dès lors que certains droits fondamentaux sont de plus en plus bafoués aux Pays-Bas. Il importe que le politique indique clairement ce qui est important et ce qui doit être financé. Le budget alloué aux soins palliatifs est insuffisant dans les deux pays, et surtout aux Pays-Bas.

Il existe des unités de soins palliatifs dans tous les hôpitaux. Il faut cependant continuer à les aider financièrement afin de préserver les droits fondamentaux de leurs patients. À cet égard, les maisons de soins ont également besoin de moyens financiers plus importants. Actuellement, il serait important aux Pays-Bas de défendre les droits fondamentaux des personnes qui nécessitent des soins. C'est d'ailleurs la critique que l'intervenant formule à l'encontre de l'association néerlandaise pour l'euthanasie. Les médecins des maisons de soins souhaitent prendre position dans ce sens mais sont limités financièrement. Les hôpitaux néerlandais ne disposent que sporadiquement de lits pour les unités de soins palliatifs, et ce n'est certainement pas un problème structurel.

Répondant à M. Goutry, *le docteur van Geldorp* précise qu'il ne connaît pas de cas où des personnes changent d'avis à la dernière minute, juste avant que l'eutha-

Er zijn wel steeds meer mensen die al in een vroeger stadium zekerheid willen. In dit geval zijn er echter nieuwe gesprekken nodig omdat de ondraaglijkheid op het ogenblik van de vraag nog niet voldoende is. Wat opvalt is de gretigheid van de personen om dood te gaan.

Dr. G. Kimsma merkt op vanuit de toetsingscommissie dat de buitenlandse minderheidsgroepen weinig beroep doen op de wet. Mensen van allochtone oorsprong komen nauwelijks vragen om euthanasie. Hieraan voegt *Dr. Van Geldorp* toe dat noch protestanten, noch de orthodoxe katholieke groep, maar wel de liberale katholieke groep naar euthanasie komt vragen.

nasie soit pratiquée. Il y a toutefois de plus en plus de personnes qui, à un stade moins avancé, veulent être certaines que leur volonté sera respectée. Dans ce cas, de nouveaux entretiens sont toutefois nécessaires, étant donné que la souffrance n'est pas encore vraiment insupportable au moment où la demande est formulée. Ce qui est frappant, c'est la volonté des personnes d'en finir au plus vite.

Le docteur G. Kimsma fait observer que la commission de contrôle s'aperçoit que les minorités allochtones recourent peu souvent à la loi. Il est très rare que des allochtones demandent à être euthanasiés. Le docteur Van Geldorp précise encore qu'aucune demande d'euthanasie n'émane des protestants ni du groupe catholique orthodoxe, mais que les demandes viennent du groupe catholique libéral.

III. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN ADVIES

De voorzitster verduidelijkt dat tijdens de vergaderingen van 10 en 11 januari 2002 een artikelsgewijze bespreking gevoerd wordt van het wetsontwerp betreffende de euthanasie (DOC 50 1488/001). Bij elk artikel van het wetsontwerp kunnen leden wijzigingsvoorstellen voor de voorliggende tekst formuleren. Over die verschillende voorstellen tot wijziging zal de commissie stemmen tijdens de vergaderingen van dinsdag 15 en woensdag 16 februari; het behoud van de voorliggende tekst zal ook telkens een optie zijn die de commissieleden kunnen onderschrijven. De door een meerderheid aanvaarde voorstellen worden vervolgens als advies overgezonden aan de commissie voor de Justitie. Overigens is geen enkel toegevoegd wetsvoorstel aanhangig gemaakt bij de commissie voor de Volksgezondheid; alle aan het wetsontwerp toegevoegde wetsvoorstellen werden ingediend bij de commissie voor de Justitie.

Opschrift

De heer Hubert Brouns (CD&V) vindt dat het woord « euthanasie » in het opschrift van het ontwerp het best weggelaten wordt. Hij formuleert een alternatief voor het opschrift : « wet houdende bescherming van de waardigheid van de mens bij zijn levenseinde ».

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) heeft respect voor de bekommernissen van de CD&V-fractie, maar vreest dat door dat opschrift waardigheid met autonomie en zelfbeschikking zal worden geassocieerd.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) wil dat het ontwerp niet enkel « euthanasie » betreft, maar ook « hulp bij zelfdoding », zoals dat in de Nederlandse wet het geval is. Dat moet in de diverse artikelen en door een toevoeging in het opschrift tot uiting komen. Zij vindt dat hulp bij zelfdoding mogelijk moet worden onder de voorwaarden die voor euthanasie van toepassing zijn. Hulp bij zelfdoding veronderstelt overigens een minder verstrekkend handelen dan euthanasie en legt een minder zware last bij de arts. Omdat hulp bij zelfdoding in haar visie enkel toelaatbaar is onder dezelfde voorwaarden als bij euthanasie, kan dat type van zelfdoding trouwens niet gelijkgesteld worden met een klassieke zelfmoord.

De heer Jef Valkeniers (VLD) onderschrijft die stelling niet. Hij is van mening dat hulp bij zelfdoding een volstrekt ander type van handelen is en dat die toevoeging ertoe leidt dat het wetsontwerp een ander karakter krijgt. Overigens wordt door de meeste mensen zelfdoding gelijk gesteld met zelfmoord, wat verwarring kan stichten; de indruk wordt erdoor gewekt dat zichzelf doden een recht is. Euthanasie toepassen betekent volgens de spreker vooral dat men iemand uit zijn lijden

III. — DISCUSSION DES ARTICLES ET FORMULATION D'UN AVIS

La présidente précise que les réunions des 10 et 11 janvier 2002 seront consacrées à une discussion générale des articles du projet de loi relatif à l'euthanasie (DOC 50 1488/001). Pour chaque article du projet de loi, les membres auront la possibilité de formuler des propositions de modifications au texte à l'examen. La commission votera sur ces différentes propositions au cours des réunions du mardi 15 et du mercredi 16 janvier; les membres de la commission pourront naturellement aussi choisir, pour chacun des articles, de maintenir le texte en projet. Les propositions acceptées par une majorité des membres seront ensuite transmises, à titre d'avis, à la commission de la Justice. La commission de la Santé publique n'a par ailleurs été saisie d'aucune proposition de loi jointe; toutes les propositions de loi jointes au projet de loi ont en effet été déposées à la commission de la Justice.

Intitulé

M. Hubert Brouns (CD&V) estime qu'il est préférable d'éviter d'employer le mot « euthanasie » dans l'intitulé du projet. Il propose l'intitulé suivant en remplacement : « Loi portant protection de la dignité de l'être humain en fin de vie ».

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) comprend les préoccupations du groupe CD&V, mais craint que cet intitulé ne crée une association entre la notion de dignité et les notions d'autonomie et d'autodétermination.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) souhaite que le projet ne porte pas uniquement sur « l'euthanasie », mais aussi sur « l'aide au suicide », comme la loi néerlandaise. Cette notion doit apparaître dans les divers articles du projet et l'intitulé de celui-ci doit être complété dans ce sens. L'intervenante estime que l'aide au suicide doit être rendue possible dans les mêmes conditions que l'euthanasie. L'aide au suicide suppose d'ailleurs une implication moins poussée du médecin que l'euthanasie et fait dès lors peser sur celui-ci une charge moins lourde. L'intervenante estime du reste que cette forme de suicide ne peut être assimilée au suicide classique, dès lors que l'aide au suicide n'est admissible à ses yeux que dans des conditions identiques à celles qui valent pour l'euthanasie.

M. Jef Valkeniers (VLD) ne partage pas cette opinion. Il estime que l'aide au suicide est un acte tout à fait différent et que cet ajout modifie la nature du projet de loi. Au demeurant, le suicide au sens où l'entend Mme Van de Casteele est généralement assimilé au suicide classique, ce qui peut prêter à confusion. Cette confusion donne à penser que chacun a le droit de se donner la mort. Or, l'intervenant estime que pratiquer l'euthanasie, c'est avant tout aider une personne à échapper à

helpt. Het voorstel van mevrouw Van de Casteele tendeert te veel naar een recht op zelfbeschikking, waar hij een overtuigd tegenstander van is.

Ook *de heer Koen Bultinck (Vlaams Blok)* deelt de overtuiging van mevrouw Van de Casteele niet. Hij vindt dat het wetsontwerp in de huidige vorm reeds veel te ver gaat. Hij verwijst ook naar het advies van de Raad van State, waarin te lezen staat dat hulp bij zelfdoding niet hetzelfde karakter heeft als euthanasie.

De heer Yvan Mayeur (PS) onderschrijft op filosofisch niveau het voorstel om « hulp bij zelfdoding » in de wet in te schrijven, maar is van oordeel dat het omwille van de te verwachten tegenstand op dit moment beter is om de bepaling niet op te nemen; er kan gevreesd worden dat het ontwerp na toevoeging van « hulp bij zelfdoding » niet op de instemming van een parlementaire meerderheid zou kunnen rekenen.

De heer Luc Goutry (CD&V) besluit reeds uit het begin van de discussie dat een artikelsgewijze bespreking niet de beste aanpak is. Omdat de voorstellen tot amendering op uiteenlopende filosofische uitgangspunten wijzen, geeft hij er de voorkeur aan om eerst een algemene discussie te houden.

De voorzitster is van mening dat de diverse overtuigingen ook bij een artikelsgewijze bespreking tot uiting kunnen komen.

Artikel 1

Over dit artikel worden geen opmerkingen geformuleerd.

Art. 2

Mevrouw Van de Casteele (VU&ID) stelt, conform haar voorstel tot amendering van het opschrift, voor dat ook hulp bij zelfdoding in dit artikel gedefinieerd wordt.

De heer Luc Goutry (CD&V) heeft vragen bij de omschrijving « levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene ». Uit de rest van het ontwerp blijkt dat die betrokkene enkel een arts kan zijn. Waarom komt dat dan niet tot uiting in deze definitie van euthanasie ? In dit artikel wordt de indruk gewekt dat ook andere personen dan artsen tot levensbeëindigend handelen kunnen overgaan, waardoor men zeer dicht komt bij het recht op zelfbeschikking en dit betekent aldus overduidelijk dat men een legalisering wil van euthanasie.

De spreker licht het CD&V-standpunt met betrekking tot euthanasie toe. Euthanasie dient in principe een strafbare handeling te zijn en wordt het best ook expliciet opgenomen in het Strafwetboek. Het artikel met de strafbaarstelling en de straf kan gevolgd worden door een

ses souffrances. La proposition de Mme Van de Casteele tend par trop à instituer une forme de droit à l'autodétermination, ce à quoi il est fermement opposé.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) ne partage pas non plus le point de vue de Mme Van de Casteele. Il estime que, dans sa forme actuelle, le projet de loi va déjà beaucoup trop loin. Il renvoie aussi à l'avis du Conseil d'État, dans lequel on peut lire que l'assistance au suicide ne revêt pas le même caractère que l'euthanasie.

M. Yvan Mayeur (SP) souscrit, sur le plan philosophique, à la proposition d'inscrire l'assistance au suicide dans la loi, mais estime qu'il est préférable de ne pas encore insérer la disposition en question en raison des résistances qu'elle ne manquera probablement pas de susciter; il est à craindre qu'après l'insertion de l'assistance au suicide, le projet ne puisse plus bénéficier de l'appui d'une majorité parlementaire.

M. Luc Goutry (CD&V) déduit du début de la discussion qu'une discussion des articles n'est pas la meilleure manière de procéder. Il préférerait que l'on commence par une discussion générale, étant donné que les amendements procèdent de conceptions philosophiques divergentes.

La présidente estime que les différentes conceptions peuvent aussi s'exprimer dans le cadre d'une discussion des articles.

Article 1er

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Art. 2

Mme Van de Casteele (VU&ID) propose, conformément à sa proposition d'amender l'intitulé, que l'aide au suicide soit aussi définie dans cet article.

M. Luc Goutry (CD&V) se pose certaines questions concernant la définition de l'euthanasie comme étant un « acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne ». Il ressort en effet du reste du projet que ce tiers ne peut être qu'un médecin. Pourquoi cela n'apparaît-il pas dans cette définition de l'euthanasie ? Cet article donne l'impression que des personnes autres que des médecins peuvent également accomplir des actes mettant fin à la vie d'une personne, de sorte que l'on frôle le droit à l'autodétermination et cela signifie dès lors manifestement que l'on veut légaliser l'euthanasie.

L'intervenant expose le point de vue du CD&V concernant l'euthanasie. L'euthanasie doit en principe être un acte punissable et il est préférable qu'elle soit inscrite explicitement dans le Code pénal. L'article prévoyant l'incrimination et la peine pourrait être suivi

artikel vermeldende de verschoningsgronden die van toepassing zijn indien men zich in een noodsituatie bevindt en op voorwaarde dat bepaalde zorgvuldigheidsregels nageleefd worden. In het geval van een noodtoestand gaat het om een paradox van plichten in hoofde van de arts : de arts moet een afweging maken tussen het recht op leven en de barmhartigheid. Indien een patiënt op ondraaglijke en niet te lenigen wijze pijn lijdt, zal een arts geen strafbaar feit stellen indien hij levensbeëindigend optreedt. Het belangrijke verschil tussen het ontwerp en de CD&V-visie is hierin gelegen dat het ontwerp euthanasie *de facto* als een recht beschouwt, terwijl CD&V het als een noodoplossing ziet.

De CD&V-fractie verwerpt elk ontwerp van voorstel met betrekking tot een wettelijke regeling die uitgaat van het « recht » van de patiënt gesteund op het zelfbeschikkingsrecht. Mensen « beschikken » immers niet zelf over leven en dood. Dit standpunt is voor de CD&V veel te eng en fundamenteel egocentrisch. Dergelijke benadering sluit volgens ons teveel aan bij het verabsoluteren van de menselijke autonomie waardoor mensen het recht zouden verkrijgen om alles naar hun hand te zetten en, over alles wat zichzelf betreft, onvoorwaardelijk zelf te kunnen beschikken en beslissen. Wij gaan ervan uit dat mensen slechts kunnen geboren worden vanuit een menselijke relatie, een menselijk samengaan en dat aldus het leven ook in een context van menselijke relaties moet worden gesitueerd. Wel erkennen we de bestaande situaties van een noodtoestand waarbij mensen dermate onmenselijk uitzichtloos en onbehandelbaar lijden dat elke gewetensvolle arts bereid zal zijn om helpend op te treden onder de vorm van levensverkortende of levensbeëindigende medische behandelingen.

We willen een klaar en duidelijk wettelijk kader scheppen voor dergelijke noodsituaties, die ontstaan ten gevolge van medische beslissingen rond het levenseinde. In onze benadering spreken we aldus van een « decriminalisering » van euthanasie in bepaalde welomschreven noodsituaties en mits het volgen van strikte zorgvuldigheidsvereisten.

Het voorliggend ontwerp vertrekt evenwel vanuit een filosofie van « legalisering », wat voor ons totaal onaanvaardbaar is en het menselijk leven banaliseert. Voor ons moet een wettelijke regeling in eerste instantie dienen om een arts een houvast te bieden in noodsituaties, dan wel om het recht van de patiënt centraal te stellen.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) repliceert dat in het ontwerp nergens wordt vermeld dat euthanasie een recht is. In artikel 2 gaat het enkel om een algemene definitie. Uit de volgende artikels blijkt afdoende dat enkel een arts het levensbeëindigend handelen kan stellen.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) vindt niet dat euthanasie als misdrijf met een specifieke delictstypiciteit

d'un article contenant une cause d'excuse, qui serait applicable si l'on se trouve dans une situation de détresse et à condition que certaines règles de rigueur soient respectées. Dans le cas d'une situation de détresse, le médecin devra opérer un choix entre deux valeurs antinomiques puisqu'il devra mettre en balance le droit à la vie et la charité. Si la souffrance d'un patient est insupportable et ne peut être apaisée, un médecin ne commettra pas de fait punissable s'il met fin à sa vie. La différence essentielle entre le projet et la vision du CD&V réside dans le fait que le projet considère *de facto* l'euthanasie comme un droit, alors que le CD&V estime qu'il s'agit d'un pis-aller.

Le groupe CD&V rejette tout projet de proposition concernant un régime légal fondé sur un « droit » du patient à disposer de lui-même. Les personnes ne « disposent » en effet pas elles-mêmes de la vie et de la mort. Le CD&V estime que ce point de vue est beaucoup trop restrictif et fondamentalement égocentrique. Une telle approche fait, selon nous, la part trop belle à l'absolutisation de l'autonomie humaine, qui conférerait aux personnes le droit d'agir à leur guise et de pouvoir disposer et décider elles-mêmes de manière inconditionnelle au sujet de tout ce qui les concerne. Nous considérons que les personnes ne peuvent naître que d'une relation humaine, d'une union humaine, et que la vie doit donc aussi s'inscrire dans un contexte de relations humaines. Nous reconnaissons cependant qu'il existe des situations de détresse dans lesquelles les souffrances des personnes sont à ce point inhumaines, sans issue et impossibles à soulager que tout médecin consciencieux sera disposé à les secourir en accomplissant des actes médicaux abrégeant leur vie ou y mettant fin.

Nous entendons créer un cadre légal clair applicable à de telles situations de détresse, qui résultent d'actes médicaux concernant la fin de vie. Dans le cadre de notre approche, nous parlons donc d'une « dépénalisation » de l'euthanasie dans certaines situations de détresse bien précises et moyennant le respect de conditions de rigueur strictes.

Le projet à l'examen procède cependant d'une philosophie de « légalisation », ce qui est, pour nous, tout à fait inacceptable et banalise la vie humaine. Nous estimons qu'une réglementation légale doit constituer en premier lieu un point de repère pour le médecin dans des situations de détresse tout en donnant la primauté au droit du patient.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) réplique qu'il n'est mentionné nulle part dans le projet que l'euthanasie est un droit. L'article 2 contient seulement une définition générale. Il ressort clairement des articles suivants que seul un médecin peut poser l'acte euthanasique.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) estime que l'euthanasie, en tant qu'infraction, ne doit pas constituer une

in het Strafwetboek moet worden ingeschreven. Hij is van oordeel dat levensbeëindigend handelen zonder meer onder het bestaande misdrijf van doodslag dient te ressorteren.

De heer Jef Valkeniers (VLD) vindt het niet nodig dat euthanasie als specifiek misdrijf in het Strafwetboek wordt ingeschreven. Elke wet kan een strafbaarstelling invoering en het voorliggende ontwerp doet dat *a contrario* : indien het zo is dat een arts geen misdrijf pleegt indien bepaalde voorwaarden vervuld zijn en indien bepaalde zorgvuldigheidsregels nageleefd worden, dan kan men daaruit afleiden dat hij wel een strafbare handeling stelt indien hij de regels niet naleeft. Inschrijving in het Strafwetboek levert dus geen toegevoegde waarde op.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) stemt gedeeltelijk in met de opvatting van de heer Goutry. Ook zij vindt dat euthanasie best in het Strafwetboek wordt opgenomen en dat de omschrijving van het strafbaar feit dient te worden gevolgd door verschoningsgronden. Ook in Nederland werd voor die methode gekozen. Zij wenst bovendien dat in artikel 2 ook vermeld wordt dat andere actoren een rol kunnen spelen bij het proces dat uiteindelijk eventueel tot euthanasie leidt en dat die actoren dan ook bepaalde verschoonbare handelingen kunnen stellen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de apotheker die het euthanaticum aflevert en die daardoor in de huidige stand van de wetgeving een strafbare handeling stelt. Wellicht is het onvoldoende dat de handelingen van de apotheker getoetst worden aan de deontologische regels; de omschrijving van zijn rechtspositie moet verder gaan.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) stelt voor om aan de definitie toe te voegen dat het levensbeëindigend handelen wordt uitgevoerd om ondraaglijke pijn te lenigen.

Art. 3, § 1, inleidende zin

De heer Luc Goutry (CD&V) vindt dat er een hiaat in het ontwerp is : in artikel 3 staan de voorwaarden onder dewelke een arts geen strafbaar feit pleegt, terwijl nergens vermeld wordt welk misdrijf gepleegd wordt indien een arts zich niet aan die voorwaarden houdt. Gaat het om moord of om een ander misdrijf ? Omwille van de rechtszekerheid moeten de kwalificatie en de toepasselijke straf precies omschreven worden, bij voorkeur door inschrijving in het Strafwetboek.

De heer Jacques Germeaux (VLD) repliceert dat de wet op de geneeskunst artsen verbiedt om op bepaalde manieren te handelen. Het is voor hem zonneklaar dat een arts die bij een levensbeëindigend handelen de wet op de geneeskunst overtreedt, een moord pleegt; een nieuwe strafbaarstelling in het leven roepen is daarom overbodig.

qualification spécifique dans le Code pénal, mais doit relever purement et simplement de l'infraction de meurtre qui existe déjà.

M. Jef Valkeniers (VLD) estime qu'il n'est pas nécessaire d'inscrire l'euthanasie en tant qu'infraction spécifique dans le Code pénal. Chaque loi peut insérer une incrimination et le projet de loi à l'examen le fait *a contrario* : si un médecin ne commet pas d'infraction lorsque certaines conditions sont remplies et lorsque certaines règles de rigueur sont respectées, on peut en déduire qu'il pose un acte répréhensible s'il ne respecte pas les règles. L'insertion dans le Code pénal n'apporte donc pas de valeur ajoutée.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) souscrit en partie à la vision de M. Goutry. Elle estime également qu'il est préférable d'inscrire l'euthanasie dans le Code pénal et que la définition de l'infraction devrait être suivie des causes d'excuse. On a également opté pour cette méthode aux Pays-Bas. L'intervenante souhaite en outre que l'article 2 prévoie également que d'autres acteurs peuvent jouer un rôle dans le processus qui débouchera finalement sur une éventuelle euthanasie et que ces acteurs peuvent également accomplir certains actes excusables. L'intervenante pense, par exemple, au pharmacien qui délivre le produit euthanasique et qui, dans l'état actuel de la législation, commet un acte punissable. Il ne suffit sans doute pas que les actes accomplis par le pharmacien soient évalués sur la base du code de déontologie; la description de son statut juridique doit être affinée.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) propose d'ajouter dans la définition que l'acte qui met fin à la vie est accompli afin de mettre un terme à des souffrances insupportables.

Art. 3, § 1er, phrase liminaire

M. Luc Goutry (CD&V) estime qu'il y a une lacune dans le projet à l'examen : l'article 3 énonce les conditions dans lesquelles le médecin ne commet pas d'infraction alors que la loi en projet ne précise nulle part la nature de l'infraction commise lorsque le médecin ne respecte pas ces conditions. S'agit-il d'un meurtre ou d'une autre infraction ? Dans l'intérêt de la sécurité juridique, la qualification et la peine applicable doivent être définies de manière précise, de préférence dans le Code pénal.

M. Jacques Germeaux (VLD) réplique que la législation relative à l'art de guérir interdit aux médecins d'agir de certaines manières. Il est on ne peut plus évident pour lui qu'un médecin qui enfreint cette législation en mettant fin à la vie d'un patient commet un meurtre; il est dès lors superflu de créer une nouvelle incrimination.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) stelt voor artikel 3 te schrappen. Euthanasie is niets anders dan opzettelijk doden en dat is al een strafbare handeling volgens het Strafwetboek. De voorliggende tekst is een verschoning voor het doden van een mens en kan tot misbruiken leiden. In de hoorzittingen met Nederlandse getuigen kwamen enkel de voorstanders van een euthanasiewet aan bod; van anderen die de Nederlandse situatie goed kennen, hoort ze dat artsen de voorwaarden van de wet vaak niet naleven.

De spreekster stelt vast dat de voorstanders van euthanasie altijd een beeld van zwaar lijdende bejaarden ophangen; indien men het voorbeeld van jongere mensen zou aanvoeren, zou het maatschappelijk draagvlak voor euthanasie minder groot blijken te zijn. Het voorliggende ontwerp leidt tot een afglijding in onze samenleving en kan uiteindelijk leiden tot euthanasie voor depressieve pubers.

De heer Jacques Germeaux (VLD) betwist de laatst verwoorde stelling. Eén van de voorwaarden die de wet stelt, is de ongeneeslijkheid van de aandoening; tienerdepressies vallen daar dus niet onder.

Art. 3, § 1, eerste streepje

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) betreurt dat het wetsontwerp euthanasie niet mogelijk maakt voor niet-ontvoogde minderjarigen in een terminale fase. De medische deontologie eist dat ook vragen van minderjarigen op een ernstige wijze onderzocht worden. Een cascadesysteem zoals in Nederland kan een oplossing zijn. Zo zou men voor jongeren van minder dan 16 jaar het akkoord van de ouders kunnen eisen. Men moet ervoor opteren om nu een goede wet te maken die zo breed mogelijk gedragen wordt. In de Senaat werd het voorstel soms op een gepolitiseerde wijze besproken, wat ertoe geleid heeft dat voor het probleem van de minderjarigen niet de beste oplossing werd gevonden. Vanuit de specifieke invalshoek van de commissie Volksgezondheid zou het goed zijn om op dit punt een advies tot amendering te formuleren.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) is eveneens van mening dat minderjarigen het recht moeten hebben om waardig te sterven. Daarnaast moet het uitgangspunt ook zijn dat minderjarigen recht hebben op een eigen mening, ook met betrekking tot een moeilijk probleem als euthanasie. Een arts moet trouwens de vraag van elke patiënt, ook als hij minderjarig is, beoordelen en hij moet trachten zich in zijn situatie in te leven.

De spreekster vindt bovendien dat het ontwerp een ongerechtvaardigde discriminatie in het leven roept tus-

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) propose de supprimer l'article 3. Pratiquer une euthanasie n'est en effet rien d'autre que mettre intentionnellement fin à la vie d'une personne et il s'agit là d'un acte punissable selon le Code pénal. Le texte à l'examen embellit ce qui n'est en fait que le meurtre d'une personne et il peut donner lieu à des abus. Lors des auditions de témoins néerlandais, la parole n'a été donnée qu'à des partisans d'une loi sur l'euthanasie; l'intervenante a appris par d'autres sources qui connaissent bien la situation néerlandaise que les médecins ne respectent souvent pas les conditions prévues par la loi.

L'intervenante constate que les partisans de l'euthanasie brandissent toujours l'image de personnes âgées victimes de grandes souffrances; si l'on prenait l'exemple de jeunes gens, l'adhésion de la société à l'euthanasie serait moins grande. Le projet à l'examen mène à une dérive dans notre société et pourrait finalement déboucher sur l'euthanasie d'adolescents dépressifs.

M. Jacques Germeaux (VLD) réfute cette dernière affirmation. L'une des conditions posées par la loi est le caractère incurable de l'affection; les dépressions d'adolescents ne sont donc pas visées.

Art. 3, § 1er, premier tiret

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) déplore que le projet de loi à l'examen ne permette pas l'euthanasie pour les mineurs non émancipés en phase terminale. La déontologie médicale impose que les demandes formulées par les mineurs soient, elles aussi, examinées sérieusement. Un système en cascade comme aux Pays-Bas pourrait être une solution. C'est ainsi que l'accord des parents pourrait être exigé pour les jeunes âgés de moins de seize ans. Il convient de faire aujourd'hui le choix d'élaborer une bonne loi qui recueille l'adhésion la plus large. Au Sénat, la discussion de la proposition relative à l'euthanasie a quelquefois pris un tour politique, de sorte que la solution retenue concernant le cas des mineurs n'est pas la plus adéquate. Il serait par conséquent opportun que la commission de la Santé publique formule, conformément à l'optique spécifique qui est la sienne, un avis demandant que le projet soit amendé sur ce point.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime, elle aussi, que les mineurs doivent avoir le droit de mourir dans la dignité. Par ailleurs, il faut partir du principe que les mineurs ont droit à la liberté d'opinion, y compris en ce qui concerne un problème aussi délicat que celui de l'euthanasie. Le médecin doit du reste apprécier la demande émanant de tout patient, même s'il est mineur, et tenter de se mettre dans sa situation.

L'intervenante estime en outre que le projet établit une discrimination injustifiée entre les mineurs émancipés

sen ontvoogde en niet-ontvoogde minderjarigen. Het gaat hier om twee juridische categorieën, die niet relevant zijn voor de beoordeling van de bekwaamheid van minderjarigen om de euthanasievraag te stellen.

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) onderschrijft het standpunt van de vorige sprekers : ook kinderen moeten onder bepaalde voorwaarden aanspraak kunnen maken op een zachte dood. Het maatschappelijk draagvlak voor de legalisering van euthanasie is weliswaar groter geworden, maar blijkbaar heeft de Senaat toch nog niet de moed gehad om het toepassingsgebied te verruimen naar de groep van de (niet ontvoogde) minderjarigen.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) is dezelfde mening toegedaan. Ze stelt dan ook voor dat de commissie Volksgezondheid adviseert om euthanasie ook voor minderjarigen mogelijk te maken. Indien dat advies niet zou worden gevolgd, komt het thema wellicht opnieuw aan bod in een latere fase, op het ogenblik dat de wet geëvalueerd wordt. Indien amendering momenteel onhaalbaar is, dan kan de commissie toch minstens haar bezorgdheid over het vraagstuk uiten.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) herinnert zich dat er bij de bespreking van de wet met betrekking tot orgaantransplantatie voor gekozen werd om minderjarigen van de toepassing van de wet uit te sluiten. Zijn de hier geformuleerde wijzigingsvoorstellen niet strijdig met de geest van die beslissing ?

De heer Yvan Mayeur (PS) stelt dat leeftijdsgrenzen in diverse strafwetten en andere wetten van belang zijn. Hij vindt daarom dat ook in het voorliggende ontwerp niet lichtzinnig mag worden gekozen voor de schrapping van de leeftijdsgrenzen.

De heer Jacques Germeaux (VLD) stelt vast dat artsen zich vaker te buiten gaan aan therapeutische hardnekkigheid indien de patiënt een kind is. Wellicht heeft een meerderheid in de Senaat vanuit dezelfde optiek geoordeeld dat voor minderjarigen het recht op leven in alle gevallen een onvoorwaardelijk recht moet zijn en dat een afweging met andere rechten van de betrokkene minder wenselijk is dan dat voor meerderjarigen het geval is.

Art. 3, § 1, tweede streepje

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) stelt dat de Nederlandse SCEN-artsen, die door de behandelende artsen geraadpleegd worden over de toelaatbaarheid van euthanasie, een ernstig onderzoek doen naar de vraag of er externe druk is die tot de vraag van de patiënt geleid heeft. Dat blijkt onder meer uit het feit dat in één derde van de gevallen niet op de vraag om euthanasie wordt ingegaan. Daarom mag men redelijkerwijze aannemen dat de verplichting om eventuele externe druk

et les autres mineurs d'âge. Il s'agit en l'occurrence de deux catégories juridiques qui ne sont pas pertinentes dès lors qu'il s'agit d'apprécier si les mineurs sont capables de formuler une demande d'euthanasie.

Mme Magda De Meyer (SP.A) partage le point de vue des intervenants précédents : les enfants doivent, eux aussi, à certaines conditions, pouvoir prétendre à une mort douce. Bien que le principe de la légalisation de l'euthanasie puisse s'appuyer aujourd'hui sur une assise sociale plus large, le Sénat n'a manifestement pas encore eu le courage d'étendre le champ d'application au groupe des mineurs (non émancipés).

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) partage ce point de vue. Elle estime dès lors que la commission de la Santé publique devrait proposer, dans son avis, que l'euthanasie puisse aussi être pratiquée à la demande de mineurs. S'il n'est pas donné suite à cet avis, le thème sera sans doute à nouveau abordé à un stade ultérieur, au moment de l'évaluation de la loi. S'il n'est à l'heure actuelle pas possible d'amender le texte, la commission peut au moins faire part de ses préoccupations à ce sujet.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) se souvient que lors de l'examen de la loi relative à la transplantation d'organes, le législateur a choisi d'exclure les mineurs du champ d'application de cette loi. Les propositions de modification formulées en l'occurrence ne sont-elles pas contraires à l'esprit de cette décision ?

M. Yvan Mayeur (PS) précise que les limites d'âge sont importantes dans diverses lois pénales et autres. Il estime dès lors que l'on ne peut pas non plus décider à la légère de supprimer les limites d'âge dans le projet à l'examen.

M. Jacques Germeaux (VLD) constate que les médecins poussent plus souvent l'acharnement thérapeutique à l'extrême lorsque le patient est un enfant. Une majorité de sénateurs a peut-être jugé, dans cette même optique, que le droit à la vie devait être, dans tous les cas, un droit inconditionnel pour les mineurs et que, dans ce cas, il était moins opportun de mettre ce droit en balance avec d'autres droits que dans le cas de patients majeurs.

Art. 3, § 1er, deuxième tiret

Mme Yolande Avontroodt (VLD) fait observer que les médecins néerlandais du réseau SCEN, qui sont consultés par le médecin traitant au sujet de l'admissibilité de l'euthanasie, examinent sérieusement la question de savoir si une pression extérieure a amené le patient à formuler la demande. Cela ressort notamment du fait que, dans un tiers des cas, il n'est pas donné suite à la demande d'euthanasie. On peut dès lors raisonnablement supposer que l'obligation d'examiner s'il y a eu une

na te gaan, die ook door het Belgische ontwerp wordt opgelegd, geen dode letter zal blijven.

Art. 3, § 1, derde streepje

De heer Jef Valkeniers (VLD) heeft bedenkingen bij het feit dat de tekst ondraaglijk psychisch lijden als grondslag voor de toepassing van euthanasie aanneemt. Psychisch lijden is zeer subjectief. Beantwoordt een persoon met een zware endogene depressie aan de grondvoorwaarden ? Zulke patiënt wil vaak zeer belangrijke beslissingen nemen (zelfs de beëindiging van het eigen leven is een mogelijke beslissing), maar komt daar later vaak op terug. Ook de uitvinding van nieuwe geneesmiddelen kan ertoe leiden dat personen die zich in een schijnbaar uitzichtloze depressie bevinden opnieuw zin in het leven krijgen en blij zijn dat ze in leven zijn gebleven. De Nederlandse praktijk toont aan dat zwaar depressieve mensen reeds geëuthanaseerd werden; dat wil *de spreker* absoluut vermijden, zelfs als het maar om zeer uitzonderlijke gevallen zou gaan.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vindt dat depressieve personen volgens de tekst van het ontwerp niet voor euthanasie in aanmerking komen omdat ze niet ongeneeslijk zijn. Andere mensen die psychisch lijden, komen wel in aanmerking en *de spreekster* vindt dat terecht. Zo kan ze zich inbeelden dat een persoon die al jaren volledig verlamd en tegelijkertijd helder van geest is, op een bepaald ogenblik voor zichzelf tot het vaste besluit komt niet verder te willen leven en daarom de euthanasievraag stelt. Het psychisch leed van zo'n persoon is niet van voorbijgaande aard en dus moet euthanasie een mogelijkheid zijn, ook als de betrokkene niet fysiek lijdt.

De heer Jef Valkeniers (VLD) repliceert dat het door de laatste spreekster omschreven geval niet via wetgeving met betrekking tot euthanasie hoeft te worden opgelost, maar via de wet op de geneeskunst, die voorziet dat disproportionele medische handelingen niet gesteld hoeven te worden. Als een arts in dergelijk geval anders zou oordelen, kan zijn optreden als een uiting van therapeutische hardnekkigheid bestempeld worden.

De heer Yvan Mayeur (PS) benadrukt dat ook hij vindt dat psychiatrische patiënten niet in aanmerking komen voor euthanasie alleen maar omdat ze psychisch gestoord zijn. Nochtans is hij ervan overtuigd dat het voorliggende ontwerp die groep impliciet uitsluit : een belangrijke voorwaarde is immers dat het lijden niet kan worden gelenigd. Artikel 3, § 1 bepaalt dat de arts zich ervan moet verzekeren dat « de patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie bevindt van *aanhoudend en ondraaglijk* psychisch lijden dat *niet gelenigd kan worden* ». In een geval zoals beschreven door de vorige

pression extérieure, telle que la prévoit également le projet belge, ne restera pas lettre morte.

Art. 3, § 1er, troisième tiret

M. Jef Valkeniers (VLD) critique que l'euthanasie puisse être pratiquée en cas de souffrance psychique insupportable. La notion de souffrance psychique est extrêmement subjective. Un patient atteint d'une dépression endogène grave remplit-il les conditions de base ? Il arrive souvent que cette catégorie de patients veuillent prendre des décisions très importantes (et décident même, par exemple, de mettre fin à leurs jours) mais reviennent ultérieurement sur leurs décisions. Par ailleurs, des patients atteints d'une dépression apparemment sans espoir peuvent, à la suite de la découverte de nouveaux médicaments, reprendre goût à la vie et se réjouir de ne pas être morts. Des patients gravement dépressifs ont déjà été euthanasiés aux Pays-Bas. L'*intervenant* souhaite absolument éviter pareille situation, même s'il ne s'agit que de cas très exceptionnels.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) estime qu'aux termes du projet, l'euthanasie n'est pas applicable aux patients dépressifs dès lors qu'ils ne souffrent pas de maux incurables. D'autres patients endurant des souffrances psychiques entrent, par contre, en ligne de compte, et l'*intervenante* estime que c'est une bonne chose. Par exemple, elle conçoit très bien qu'un patient totalement paralysé depuis plusieurs années mais tout à fait sain d'esprit puisse un jour décider, en son âme et conscience, de ne plus vouloir vivre et demande dès lors à être euthanasié. Les souffrances psychiques de cette catégorie de patients ne sont pas de nature passagère, et il doit dès lors leur être possible d'opter pour l'euthanasie, même s'ils n'endurent aucune souffrance physique.

M. Jef Valkeniers (VLD) réplique qu'il n'est pas nécessaire de régler le cas décrit par la dernière intervenante par le biais d'une législation relative à l'euthanasie, mais qu'il suffit de recourir à la loi sur l'art de guérir, qui prévoit qu'il ne faut pas accomplir des actes médicaux disproportionnés. Si un médecin l'entendait autrement dans un tel cas, son intervention pourrait être qualifiée d'acharnement thérapeutique.

M. Yvan Mayeur (PS) souligne qu'il estime lui aussi que l'on ne peut recourir à l'euthanasie pour des patients psychiatriques à la seule raison de leurs troubles psychiatriques. Il est cependant convaincu que le projet à l'examen exclut implicitement ce groupe de patients : une condition importante est en effet que la souffrance ne puisse être apaisée. L'article 3, § 1er prévoit que le médecin doit s'assurer 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* ». Si on se trouve

spreker, namelijk een patiënt die nieuwe medicatie krijgt die zijn toestand verbetert, bepaalt het wetsontwerp dat zulks moet worden getoetst en bevestigd door een tweede arts. Bovendien kan men zich afvragen of die patiënt over het vermogen van een vrije wilsuiting beschikt. Voorts moeten alle voorwaarden nog eens door een andere arts getoetst worden, wat morele afglijdingen zeer onwaarschijnlijk maakt. Als er een meerderheid kan worden gevonden om psychiatrische patiënten uitsluitend op grond van hun depressieve toestand expliciet uit te sluiten van de toepassing van de wet, zal hij dat voorstel goedkeuren, maar dat is niet nodig want het verandert niets aan de inhoud van de wet.

De spreker is er geen voorstander van om het begrip « terminale fase » in de wet in te schrijven. Het begrip is onvoldoende duidelijk en bovendien vreest hij dat op middellange of lange termijn besparingsoverwegingen ertoe kunnen leiden dat bepaalde behandelingen niet meer zullen worden opgestart, wat ten nadele zou gaan van patiënten die tot de categorie van de terminaal zieken behoren.

Zonder dat hij zich enigermate in de logica van het ontwerp wenst in te schrijven, oordeelt *de heer Koen Bultinck (Vlaams Blok)* dat het absolute ethische minimum erin bestaat dat euthanasie uitgesloten wordt voor wie psychisch lijdt. Ook stelt hij vast dat de omschrijving « medisch uitzichtloze toestand » niet noodzakelijk samenvalt met de terminale fase van een ziekte. Het ontwerp maakt euthanasie dus mogelijk voor wie nog een lang leven voor zich heeft, wat volstrekt onaanvaardbaar is.

De spreker vindt dat anderen een karikatuur maken van de voorstellen van het Vlaams Blok. Ook hij beseft dat men soms oplossingen moet zoeken voor noodsituaties, maar hij vindt dat men daarbij zeer voorzichtig moet zijn. Dit verklaart ook waarom het Vlaams Blok geen voorstander is van een wetswijziging. Die partij heeft voldoende vertrouwen in enerzijds de deontologie van de arts en anderzijds de afwegingen die de rechterlijke macht kan maken om echte noodsituaties op een aanvaardbare manier te beoordelen. Als men palliatieve zorgen uitputtend toedient, wordt de vraag naar euthanasie trouwens verwaarloosbaar klein.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) deelt de geuite bekommernissen over de toepasselijkheid van de euthanasiewet op personen die enkel psychisch lijden. Desalniettemin vindt ze niet dat de mogelijkheid van euthanasie voor wie psychisch lijdt in alle gevallen mag worden uitgesloten. Ze stelt voor om te adviseren dat in het ontwerp ingeschreven wordt dat euthanasie enkel toelaatbaar is voor terminale patiënten. Hierdoor wordt de groep van depressieve personen in elk geval uitgesloten. Ze sluit niet uit dat het in de toekomst wenselijk kan zijn de mogelijkheid van euthanasie te verruimen

dans un cas comme décrit par l'intervenant précédant d'un patient qui peut bénéficier de nouveaux médicaments permettant d'améliorer son état, le projet de loi prévoit que cela devra être vérifié et confirmé par un second médecin. On peut, en outre, s'interroger sur le libre arbitre dont dispose ce patient. Le second médecin doit en outre vérifier que toutes les conditions sont respectées, de sorte que des dérives morales sont très improbables. Si l'on arrive à trouver une majorité pour exclure explicitement les patients psychiatriques du champ d'application de la loi du fait exclusif de leur état dépressif, il se ralliera à la proposition faite en ce sens, mais cela n'est pas nécessaire car ne modifierait, en fait nullement le contenu de la loi.

L'intervenant n'est pas partisan d'inscrire dans la loi la notion de « phase terminale », qui, selon lui, n'est pas suffisamment claire. Il craint en outre qu'à moyen ou à long terme, des considérations inspirées uniquement par un souci d'économie ne conduisent à renoncer à entreprendre certains traitements, ce qui serait préjudiciable aux patients en phase terminale.

Sans aucunement s'inscrire dans la logique du projet de loi, *M. Koen Bultinck (Vlaams Blok)* fait remarquer que le minimum absolu en matière d'éthique commande que l'euthanasie ne puisse être pratiquée sur des personnes dont la souffrance est psychique. Il constate également que la « situation médicale sans issue » ne correspond pas nécessairement à la phase terminale. Le projet de loi permet en conséquence à des personnes qui ont encore de nombreuses années devant elles d'avoir recours à l'euthanasie, ce qui est totalement inacceptable.

L'intervenant estime que d'aucuns caricaturent les propositions du *Vlaams Blok*. Bien qu'il comprenne que l'on doive parfois rechercher des solutions pour remédier à des situations désespérées, il estime toutefois qu'une grande prudence est de mise. Cela explique aussi pourquoi le *Vlaams Blok* n'est pas partisan de modifier la loi. Ce parti a une confiance suffisante dans la déontologie du médecin, d'une part, et dans les arbitrages que le pouvoir judiciaire peut effectuer pour apprécier de véritables situations de détresse, d'autre part. Si l'on utilise tout l'arsenal des soins palliatifs, la demande d'euthanasie devient du reste négligeable.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) fait siennes les préoccupations exprimées à propos de l'application de la loi relative à l'euthanasie aux personnes dont les souffrances sont d'ordre purement psychique. Elle estime néanmoins que les personnes qui endurent des souffrances psychiques ne doivent pas être privées systématiquement de la possibilité d'être euthanasiées. Elle estime qu'il convient de proposer, dans l'avis, de préciser dans le projet que l'euthanasie ne peut être admise que pour les patients en phase terminale. Cette disposition exclurait en tout cas le groupe des personnes dé-

tot niet-terminale, louter fysiek lijdende patiënten, maar ze vindt grote omzichtigheid bij de start van de euthanasiewetgeving een betere optie.

De vrees van de heer Mayeur dat de invoering van het begrip « terminale fase » ertoe kan leiden dat personen die terminaal worden geacht verstoken zouden blijven van behandelingen die nuttig kunnen zijn voor hun levenskwaliteit, vindt *de spreekster* ongegrond. Het begrip « terminaal » is inderdaad geen precies begrip, het is niet ongewoon dat de arts een inschatting maakt die voor de patiënt belangrijke gevolgen heeft. Belangrijk is dat hij bij die beoordeling steeds de deontologische regels van zijn beroepsgroep dient na te leven. Het begrip « terminaal » is overigens cruciaal om een differentiëring van de zorgvuldigheidsregels mogelijk te maken (zie verder bij artikel 3, § 3).

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) sluit zich aan bij de opvatting van mevrouw Van de Casteele : als men voor louter psychisch lijden de bijkomende filter van het terminale karakter van de ziekte invoert, dan zijn er voldoende garanties voor een niet buitensporige toepassing van de wet.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vraagt zich af welke persoon of instantie dient te beslissen of een patiënt terminaal is. Moet de wetgever hier enig houvast aanreiken ? Dat houvast moet voldoende ruimte laten, maar misschien moet men toch overwegen in de wet te verwijzen naar een « ongeneeslijke en fatale ziekte ». De spreekster is inderdaad van mening dat niet enkel tijd bij de beoordeling van het terminale karakter een rol speelt, maar ook de toestand van de patiënt en vooral het ongeneeslijke karakter van een ziekte.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) heeft vertrouwen in de beslissingen van de rechterlijke macht, bijvoorbeeld met betrekking tot de vraag naar het terminale karakter van een ziekte. De rol van de wetgever moet beperkt blijven tot het uitzetten van de hoofdlijnen. Zij vindt overigens niet dat het eenvoudige feit dat iemand aan een ongeneeslijke ziekte lijdt, betekent dat die persoon ook terminaal is : het is de levensverwachting die doorslaggevend dient te zijn bij de beoordeling van de vraag of een patiënt zich in de terminale fase van zijn ziekte bevindt.

De heer Luc Goutry (CD&V) vermoedt dat sommige depressies ongeneeslijk zijn omdat ze samenhangen met de persoonlijkheid van de betrokkene, maar dat betekent niet dat die depressies ook onbehandelbaar zijn. Om te vermijden dat psychiatrische patiënten in sommige gevallen zouden geëuthanaseerd worden, stelt hij voor in de tekst « fysiek of psychisch lijden » te vervangen door « fysieke of psychische pijn ».

Mevrouw Vera Van der Eerden-Dua (CD&V) vraagt zich af of het niet beter is de woorden « fysiek of psychisch lijden » te vervangen door « fysieke of psychische pijn ».

De heer Jean-Marie Dedecker (LDD) vraagt zich af of het niet beter is de woorden « fysiek of psychisch lijden » te vervangen door « fysieke of psychische pijn ».

De heer Jacques Simonet (PRL FDF MCC) vraagt zich af of het niet beter is de woorden « fysiek of psychisch lijden » te vervangen door « fysieke of psychische pijn ».

De heer Philippe Mahoux (SP) vraagt zich af of het niet beter is de woorden « fysiek of psychisch lijden » te vervangen door « fysieke of psychische pijn ».

*De heer Hugo Vandenberghe

gen door « fysiek en psychisch lijden ». Zoniet komen we op een hellend vlak terecht, dat uiteindelijk kan leiden tot de euthanasering van mensen die enkel levensmoe zijn; indien sommigen het voorliggende ontwerp nu of later op een bepaalde manier interpreteren, is dergelijke toepassing niet uitgesloten, ook al hebben de auteurs van de wet dat wellicht niet zelf gewild.

Overigens vindt *de spreker* de discussie over de eis van terminaliteit voor wie louter psychisch lijdt, zoals verdedigd wordt door mevrouw Van de Casteele, op het eerste gezicht weinig relevant omdat niemand enkel en alleen door psychische pijn terminaal kan zijn.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) is het niet eens met de laatste stelling : door efficiënte pijnbestrijding is het niet onmogelijk dat een terminale patiënt uitsluitend op psychisch vlak lijdt.

In een dergelijke interpretatie en om een ongewenste toepassing van de wet te voorkomen, bepleit *de heer Luc Goutry (CD&V)* dat dan toch (indien er geen meerderheid is voor de volledige uitsluiting van euthanasie voor wie louter psychisch lijdt) minstens het voorstel van mevrouw Van de Casteele aanvaard wordt. Zoniet dreigt er een mentaliteit te groeien die toelaat dat zorg gemanipuleerd wordt en die euthanasie in sommige gevallen als een evidentie aanreikt. Nu al zijn er tekenen dat onze maatschappij het menselijk leven banaliseert : dat blijkt onder meer uit de opvatting van velen dat verantwoordelijke ouders er beter niet voor kiezen om gehandicapte kinderen ter wereld te laten komen.

Volgens *mevrouw Magda De Meyer (SP.A)* kan wie de wet volledig leest nooit naar eer en geweten tot de conclusie komen dat euthanasie toelaatbaar is voor wie enkel levensmoe is.

De heer Luc Paque (PSC) wenst dat het terminale karakter van een ziekte een expliciete voorwaarde is voor elk euthanaserend handelen. Hoe kan men bij niet-terminale bejaarden met zekerheid vaststellen dat er geen externe druk aanwezig is ?

Euthanasie voor wie enkel psychisch lijdt, dient volgens hem geschrapt te worden. Hij stelt tevens voor om een bijkomende grondvoorwaarde in een vierde streepje toe te voegen : de arts moet alle begeleidende maatregelen overwogen hebben en hij mag de optie van euthanasie enkel handhaven als het de enige resterende mogelijkheid is om het leed weg te nemen.

De heer Jef Valkeniers (VLD) vraagt of er consensus bestaat om te adviseren dat in de wet expliciet vermeld wordt dat euthanasie om psychiatrische redenen nooit aanvaardbaar is. Hij benadrukt hierbij dat psychiatrisch lijden niet identiek is aan psychisch lijden.

mots « souffrance physique et psychique ». On risquerait sinon de se retrouver sur un terrain glissant et d'euthanasier, en fin de compte, des personnes simplement lasses de vivre; si d'aucuns interprètent, aujourd'hui ou demain, le projet d'une certaine façon, une telle application n'est pas exclue, même si telle n'a sans doute pas été la volonté des auteurs de la loi.

L'intervenant estime du reste que le débat sur la condition de la phase terminale pour les personnes qui endurent une souffrance d'ordre purement psychique, telle qu'elle est préconisée par Mme Van de Casteele, ne lui paraît de prime abord pas pertinent, étant donné qu'un patient ne peut être en phase terminale uniquement par suite d'une souffrance psychique.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) conteste ce point de vue : un traitement analgésique efficace peut faire en sorte qu'un patient en phase terminale ne ressente plus qu'une souffrance psychique.

Si telle est l'interprétation et afin d'éviter une application non souhaitée de la loi, *M. Luc Goutry (CD&V)* préconise que (si aucune majorité ne se dégage en faveur de l'exclusion absolue du recours à l'euthanasie dans le cas de patients dont les souffrances sont uniquement psychiques) l'on accepte au moins la proposition de Mme Van de Casteele. Dans le cas contraire, on risque de voir se développer une mentalité qui permette la manipulation des soins et qui considère, dans certains cas, l'euthanasie comme une évidence. On constate déjà, dans la société, des signes d'une banalisation de la vie humaine, banalisation qui se traduit, entre autres, dans la conception largement répandue selon laquelle des parents responsables feraient mieux de ne pas choisir de mettre au monde des enfants handicapés.

Mme Magda De Meyer (SP.A) estime que celui qui lit la loi dans son intégralité ne pourra jamais conclure, en son âme et conscience, que l'on peut euthanasier une personne qui est simplement lassée de vivre.

M. Luc Paque (PSC) souhaite que le caractère terminal de la maladie soit une condition explicite de l'accomplissement de l'acte euthanasique. Comment s'assurer, dans le cas de personnes âgées en phase non terminale, que ne s'exercent pas des pressions extérieures ?

L'intervenant estime que l'euthanasie de doit pas être permise dans le cas d'une personne qui souffre uniquement psychiquement. Il propose également d'ajouter une condition impérative sous la forme d'un quatrième tiret : le médecin doit envisager toutes les autres mesures d'accompagnement et ne peut retenir l'option de l'euthanasie que si elle constitue le seul moyen de soulager les souffrances du patient.

M. Jef Valkeniers (VLD) demande s'il y a un consensus sur la proposition visant à recommander de mentionner explicitement dans la loi que l'euthanasie n'est jamais acceptable pour des raisons psychiatriques. Il souligne à cet égard qu'il y a une différence entre souffrances psychiatriques et souffrances psychiques.

Alle leden gaan akkoord met dergelijke vermelding.

De heer Luc Goutry (CD&V) benadrukt wel dat het aanvaarde voorstel niet ver genoeg gaat : mensen die zich door een verlies aan autonomie onwaardig voelen, bevinden zich immers binnen het toepassingsgebied van de wet.

De heer Jef Valkeniers (VLD) betwist die stelling. Hij stelt dat de heer Goutry een omschrijving geeft van de symptomen van een reactieve depressie, die wel degelijk tot de psychiatrische aandoeningen behoort. Die vaststelling belet niet dat er eventueel nog kan gewerkt worden aan een aanscherping van de palliatieve filter en aan een precieze omschrijving van dementie.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) vindt het voorstel van de heer Valkeniers overbodig omdat psychiatrische patiënten niet over een vrije wil beschikken en dat hun eventuele vraag om euthanasie dus niet aanvaard kan worden. Nochtans ziet ze geen reden om de expliciete uitsluiting van die categorie niet te aanvaarden.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) bevestigt dat ook haar fractie de vraag van de heer Valkeniers positief beantwoordt. Ze stelt vast dat de Nederlandse SCEN-artsen psychische pijn enkel als grond voor euthanasie aanvaarden als de patiënt ook fysieke pijn moet doorstaan. Dat betekent onder meer dat zij euthanasie niet toelaatbaar achten als de patiënt enkel te maken krijgt met een verlies aan autonomie en daardoor psychisch pijn lijdt. In de voorliggende tekst lijkt het er echter op dat men euthanasie voor dergelijke gevallen niet definitief uitsluit, waardoor de tolerantie voor levensbeëindigend handelen in België nog groter dreigt te worden dan in Nederland.

De spreekster stelt vast dat er met betrekking tot psychisch lijden fundamenteel verschillende mensbeelden naar voren komen. De parlementaire meerderheid aanvaardt de waardigheid van de mens en het menselijk leven niet meer als uitgangspunt. De zwaksten worden in het concept van de meerderheid onvoldoende beschermd.

De spreekster vindt dat het voorstel tot amendering van de heer Paque niet volstaat omdat in zijn tekst niet zou vereist zijn dat alle middelen daadwerkelijk uitgeput worden; arts en patiënt zouden enkel alle alternatieven voor euthanasie in overweging hebben moeten nemen.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) betwist die interpretatie van het voorstel van de heer Paque; zijn voorstel stelt wel degelijk dat euthanasie enkel toelaatbaar is als het de enig resterende mogelijkheid is.

De heer Luc Goutry (CD&V) stelt voor om een bijkomend streepje toe te voegen aan de tekst van § 1. De toevoeging zou als volgt moeten luiden : « elke morele, medische, curatieve en palliatieve bijstand is verleend ».

Tous les membres marquent leur accord sur la formulation d'une telle recommandation.

M. Luc Goutry (CD&V) souligne cependant que la proposition acceptée ne va pas assez loin. Les personnes qui ont le sentiment d'avoir perdu leur dignité par suite d'une perte d'autonomie entrent en effet dans le champ d'application de la loi.

M. Jef Valkeniers (VLD) conteste ce point de vue. Il constate que M. Goutry définit les symptômes d'une dépression réactive, qui relève bel et bien des affections psychiatriques. Cette constatation n'empêche pas que l'on puisse éventuellement encore affiner le filtre palliatif et préciser la définition de la démence.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) estime que la proposition de M. Valkeniers est superflue, étant donné que les patients psychiatriques ne sont pas en mesure de manifester librement leur volonté et que leur demande éventuelle d'euthanasie ne peut donc être acceptée. Elle estime cependant qu'il n'y a pas de raison de ne pas accepter l'exclusion explicite de cette catégorie.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) confirme que son groupe répond aussi par l'affirmative à la question posée par M. Valkeniers. Elle constate que les médecins néerlandais du projet SCEN n'acceptent de pratiquer l'euthanasie en raison de souffrances psychiques que si le patient endure également des souffrances physiques. Cela signifie notamment qu'ils excluent l'euthanasie lorsque le patient souffre seulement d'une perte d'autonomie entraînant des souffrances psychiques. Il semble toutefois que le texte à l'examen n'exclue pas l'euthanasie d'une manière définitive dans pareil cas, de sorte que les actes euthanasiques risquent de bénéficier d'une plus grande tolérance encore en Belgique qu'aux Pays-Bas.

L'intervenante constate que la question des souffrances psychiques révèle des conceptions foncièrement différentes de l'être humain. La majorité parlementaire ne part plus de la dignité de l'homme et de la vie humaine. La protection offerte aux plus faibles par le projet de la majorité est insuffisante.

L'intervenante estime par ailleurs que la modification proposée par M. Paque ne suffit pas, dès lors que son texte ne prévoit pas qu'il serait obligatoire que toutes les possibilités aient effectivement été épuisées; le médecin et le patient devraient seulement avoir envisagé toutes les alternatives à l'euthanasie.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) conteste cette interprétation de la proposition de M. Paque; cette proposition précise bien que l'euthanasie n'est admissible que s'il n'y a plus d'autre possibilité.

M. Luc Goutry (CD&V) propose d'ajouter un tiret supplémentaire au texte du § 1er. L'ajout devrait être libellé comme suit : « toute l'assistance morale, médicale, curative et palliative a été accordée ». Cette précision per-

Deze omschrijving biedt meer garanties op de uitputting van alle alternatieven dan dat bij het voorstel van de palliatieve filter in het ontwerp het geval is. Bovendien wordt palliatieve verzorging op die manier één van de grondvoorwaarden van § 1. Om het belang van palliatie nog meer aan te geven, stelt hij voor dat de toevoeging aan de andere grondvoorwaarden, in het bijzonder de voorwaarde van de vrije wilsuiting van de patiënt, voorafgaat. *De spreker* erkent dat zijn voorstel gedeeltelijk dezelfde doelstellingen heeft als het voorstel van de heer Paque, maar hij wenst toch zijn eigen tekst aan de commissie voor te leggen.

In overeenstemming met zijn opmerkingen bij de bespreking van § 1 wenst *de spreker* dat « fysiek of psychisch lijden » in 2° vervangen wordt door « fysiek en psychisch lijden ». *In concreto* kan men volstaan met een verwijzing van § 2, 2° naar de grondvoorwaarden van § 1; die aanpak leidt ook in grotere mate tot een coherente, logisch gestructureerde tekst.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) herinnert de heer Goutry aan de opmerking van professor Distelmans tijdens één van de hoorzittingen dat alle door hem genoemde aspecten deel uitmaken van het begrip « palliatieve zorg ». De voorgestelde toevoeging is dus overbodig. Zij ontkent ook dat er een hiërarchieverschil zou zijn tussen de §§ 1 en 2 : § 1 somt de voorwaarden op die in hoofde van de patiënt moeten zijn vervuld, terwijl § 2 de zorgvuldigheidsregels noemt die door de arts moeten worden nageleefd.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) stelt vast dat het amenderingsvoorstel van de heer Goutry tot gevolg zou hebben dat een patiënt niet meer het recht heeft om een behandeling te weigeren. Zij verzet zich hiertegen.

De heer Luc Goutry (CD&V) betwist de interpretatie die mevrouw Descheemaeker aan zijn voorstel geeft.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) gaat akkoord met de stelling dat palliatieve verzorging deel moet uitmaken van de grondvoorwaarden en niet van de randvoorwaarden. Zij deelt bovendien de overtuiging van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen dat euthanasie onnodig is als alle mogelijke palliatieve zorgen toegediend worden. Daarom stemt ze in met de voorgestelde toevoeging van de heer Goutry.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) is van mening dat het begrip « palliatieve zorg » geen precies omlijnd begrip is en dat trouwens ook niet kan of moet zijn. De definitie van het concept is afhankelijk van de toestand waarin de patiënt verkeert. Zij verdedigt een potentieel zeer ruim geheel van palliatieve verzorging, waarin morele zorg vervat zit.

De spreekster verwerpt ook de door de heer Goutry voorgestelde techniek om interne verwijzingen in het ontwerp in te voeren.

met de mieux garantir que toutes les possibilités soient épuisées que la proposition de prévoir un filtre palliatif dans le projet. Elle fait en outre de la dispensation de soins palliatifs une des conditions essentielles du § 1er. Pour mettre encore plus en évidence l'importance des soins palliatifs, l'intervenant propose que cet ajout précède les autres conditions primordiales et, notamment, celle de la libre manifestation de la volonté du patient. Il reconnaît que sa proposition poursuit, en partie, les mêmes objectifs que la proposition de M. Paque, mais il souhaite néanmoins soumettre son propre texte à la commission.

Conformément aux remarques qu'il a formulées lors de l'examen du § 1er, l'intervenant souhaite remplacer, au 2°, les mots « souffrance physique ou psychique » par les mots « souffrance physique et psychique ». Concrètement, on peut se contenter, au § 2, 2°, de renvoyer aux conditions primordiales du § 1er. Cette manière de procéder permet également d'établir un texte cohérent et doté d'une structure logique.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) rappelle à M. Goutry que le professeur Distelmans a fait observer, au cours d'une des auditions, tous les aspects qu'il a cités relèvent de la notion de « soins palliatifs ». L'ajout proposé est donc superflu. Elle dément également qu'il y aurait une différence de niveau hiérarchique entre les §§ 1er et 2 : le § 1er énumère les conditions qui doivent être remplies dans le chef du patient, tandis que le § 2 énonce les règles de rigueur qui doivent être observées par le médecin.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) constate que l'amendement proposé par M. Goutry aurait pour conséquence qu'un patient n'aurait plus le droit de refuser un traitement, ce qu'elle ne peut accepter.

M. Luc Goutry (CD&V) s'inscrit en faux contre l'interprétation que donne Mme Descheemaeker de sa proposition.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) considère, elle aussi, que les soins palliatifs doivent faire partie des conditions primordiales, et non des conditions marginales. Elle partage en outre la conviction de la *Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen* selon laquelle l'euthanasie n'est pas nécessaire si tous les soins palliatifs possibles sont dispensés. Aussi marque-t-elle son accord sur l'ajout proposé par M. Goutry.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) estime que la notion de « soins palliatifs » n'est pas clairement définie et qu'elle ne peut ou ne doit du reste pas l'être. La définition du concept est fonction de l'état dans lequel se trouve le patient. L'intervenante défend l'idée d'un ensemble potentiellement très large de soins palliatifs englobant l'accompagnement moral.

L'intervenante rejette également la technique, proposée par M. Goutry, consistant à insérer des renvois internes dans le projet.

Art. 3, § 2

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) stelt voor om in het eerste punt toe te voegen « na overleg met het palliatief team »; zij vindt namelijk dat een euthanasieverzoek best eerst wordt doorgesproken met de groep mensen die palliatieve zorg toedient aan de patiënt.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) stemt in met dit voorstel.

Daarnaast wenst *de spreekster* dat de bijzondere rol van de huisarts als vertrouwenspersoon in de loop van de procedure die tot euthanasie kan leiden meer uit de verf komt. Zij stelt voor een punt toe te voegen tussen de punten 3° en 4°, waarin een raadpleging van de huisarts van de patiënt verplicht wordt gesteld indien die patiënt een huisarts heeft.

De heer Hubert Brouns (CD&V) schaart zich achter de voorstellen om in een raadpleging van het palliatief team en van de huisarts te voorzien.

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) herinnert aan de tijdens de hoorzittingen gehoorde opmerking dat het in 84 % van de gevallen de huisarts is die euthanaserend optreedt; daarom vindt zij de voorgestelde toevoeging overbodig.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) wijst erop dat de situatie in Nederland niet zonder meer vergelijkbaar is met België : omdat er in de Nederlandse medische sector geen opnamecultuur bestaat, speelt de huisarts er een belangrijkere rol dan in België. Daarom verdient het aanbeveling het consult van de huisarts in de Belgische wet verplicht te stellen.

Ook *de heer Luc Goutry (CD&V)* wenst dat een verplicht consult van de huisarts in de wet wordt ingeschreven voor zover de patiënt een huisarts heeft.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) vindt de verplichtingen die in § 2 aan de arts worden opgelegd te vrijblijvend en wil daarom zijn goedkeuring hechten aan elk voorstel dat tot een verdergaande uitputting van de palliatieve verzorging leidt.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) wijst erop dat de formulering van het eerste lid van § 2 een letterlijke overname is van het unaniem advies van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Voor zover de patiënt een huisarts heeft, vindt ze dat de wet in een verplicht consult van die huisarts kan voorzien.

De spreekster vraagt zich af hoe men de onafhankelijkheid van de geraadpleegde arts (artikel 3, § 2, 3°) kan garanderen. In Nederland werd geopteerd voor een geografisch verschil tussen de behandelende arts en de SCEN-arts. Blijft de onafhankelijkheid in de feiten bestaan als de behandelende arts steeds dezelfde arts raadpleegt wanneer hij geconfronteerd wordt met een euthanasievraag ? Impliceert de noodzaak van onafhankelijkheid van de geraadpleegde arts ten opzichte van

Art. 3, § 2

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) propose d'insérer, dans le premier point, les mots « après concertation avec l'équipe de soins palliatifs »; elle estime en effet qu'il est préférable qu'une demande d'euthanasie soit d'abord examinée avec le groupe de personnes chargées d'administrer les soins palliatifs au patient.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) se rallie à cette proposition.

L'intervenante souhaite par ailleurs que le rôle spécifique que joue le médecin traitant, en tant que personne de confiance, au cours de la procédure pouvant déboucher sur l'euthanasie, soit davantage mis en exergue. Elle propose d'insérer, entre les points 3° et 4°, un nouveau point prévoyant que le médecin traitant du patient, s'il en a un, doit obligatoirement être consulté.

M. Hubert Brouns (CD&V) fait siennes les propositions visant à prévoir la consultation de l'équipe de soins palliatifs et du médecin traitant.

Mme Magda De Meyer (SP.A) rappelle qu'au cours des auditions, il a été fait observer que, dans 84 % des cas, l'euthanasie est pratiquée par le médecin traitant; elle estime dès lors que l'ajout proposé est superflu.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) fait observer que la situation prévalant aux Pays-Bas n'est pas directement comparable à celle qui prévaut en Belgique : étant donné qu'on recourt moins facilement à l'hospitalisation aux Pays-Bas, le médecin traitant y joue un rôle plus important que ce n'est le cas en Belgique. C'est pourquoi il s'indique que la loi belge rende la consultation du médecin traitant obligatoire.

M. Luc Goutry (CD&V) souhaite, lui aussi, que la loi impose la consultation du médecin traitant, pour autant que le patient y en ait un.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) estime que les obligations imposées au médecin en vertu du § 2 ne sont pas suffisamment contraignantes et apportera dès lors son soutien à toute proposition visant à recourir plus longtemps aux soins palliatifs.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) souligne que l'alinéa 1er du § 2 reprend textuellement l'avis unanime de la *Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.* Dans la mesure où le patient a un médecin traitant, elle estime que la loi peut prévoir la consultation obligatoire de celui-ci.

L'intervenante se demande comment on peut garantir l'indépendance du médecin consulté (article 3, § 2, 3°). Aux Pays-Bas, on a imposé une distance géographique entre le médecin traitant et le médecin du SCEN. L'indépendance subsistera-t-elle dans les faits si le médecin traitant consulte toujours le même médecin lorsqu'il est confronté à une demande d'euthanasie ? La nécessité de l'indépendance du médecin consulté à l'égard du patient implique-t-elle qu'il ne peut pas être

de patiënt dat hij geen familielid mag zijn, zelfs niet in een verre graad ? Deze vragen moeten minstens behandeld worden in de commentaar bij de wet. Eventueel kan de wetgever de Koning vragen om de voorwaarden voor onafhankelijkheid precies te omschrijven.

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) vindt niet dat de onafhankelijkheid van de geraadpleegde arts verder moet worden omschreven. De toetsing hiervan behoort tot de opdracht van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie (artikelen 6-13). Ze doet opmerken dat euthanasie ook nu gepleegd wordt, evenwel zonder enige vorm van controle, en dat het daarom essentieel is dat de wet er komt, ook zonder doorgedreven omschrijvingen.

De spreekster vindt dat de palliatieve gedachte tot de hele geneeskunde moet doordringen en dat elke kandidaat-arts een opleiding palliatieve verzorging moet krijgen.

De heer Luc Goutry (CD&V) vindt dat de wetgever de tekst van de wet zo moet opstellen dat ongewenste interpretaties en effecten zoveel mogelijk uitgesloten worden. Omdat de Nederlandse SCEN-artsen zich hebben gespecialiseerd in de problematiek van euthanasie, is de kans zeer groot dat artsen voor een consult steeds dezelfde arts aanspreken, wat wettelijke bepalingen tot vrijwaring van hun onafhankelijkheid noodzakelijk maakt. Ook de Belgische wetgever zou er goed aan doen op dat vlak zijn verantwoordelijkheid op te nemen. De invoering in België van een systeem dat vergelijkbaar is met dat van de SCEN-artsen is op middellange termijn verdedigbaar. Meer in het algemeen dient meer belang te worden gehecht aan de begeleiding van artsen die met gewetensproblemen geconfronteerd worden.

De spreker leidt uit de tekst van het ontwerp af dat de geraadpleegde arts zich niet moet uitspreken over de euthanasievraag van de patiënt, maar over de medische toestand van de patiënt; hij zou er overigens de voorkeur aan geven dat de bepaling hierbij zou verwijzen naar de voorwaarden van § 1.

Het verplegend team daarentegen heeft wel een rol te vervullen in de beoordeling van de vraag van de patiënt. Zou de geraadpleegde arts ook niet de vraag van de patiënt en de context waarbinnen die vraag gesteld wordt, moeten beoordelen ?

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) acht het voldoende dat de geraadpleegde arts inzage krijgt in het medisch dossier van de patiënt; in dat dossier wordt het verzoek immers beschreven.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) is niet wantrouwig met betrekking tot mogelijke misbruiken bij de toepassing van de wet. Vele zorgvuldigheidsvereisten komen trouwens in de tekst van het ontwerp voor. Zij vindt het feit dat de SCEN-artsen gespecialiseerd zijn, waardoor behandelende artsen vaak een beroep doen

un membre de sa famille, même pas à un degré éloigné ? Ces questions devraient au moins être abordées dans le commentaire de la loi. Le législateur pourrait éventuellement demander au Roi de définir avec précision les conditions de l'indépendance.

Pour *Mme Magda De Meyer (SP.A)*, il n'est pas nécessaire de définir plus avant l'indépendance du médecin consulté. Le contrôle de celle-ci fait partie des attributions de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation (articles 6 à 13). Elle fait remarquer que l'euthanasie est déjà pratiquée actuellement, mais sans aucune forme de contrôle, et que c'est pour cette raison qu'il est essentiel qu'une loi vienne encadrer cette pratique, même si elle ne comporte pas de définitions très précises.

L'intervenante estime que les soins palliatifs doivent faire partie intégrante de l'art médical et que chaque candidat médecin devrait suivre une formation en soins palliatifs.

M. Luc Goutry (CD&V) estime que le législateur doit rédiger le texte de la loi de manière à éviter, dans la mesure du possible, qu'il soit mal interprété ou qu'il ait des effets indésirables. Dès lors que les médecins du réseau SCEN se sont spécialisés dans la problématique de l'euthanasie, il est très probable que les médecins vont toujours consulter le même spécialiste en cas de besoin. En conséquence, il est indispensable de prévoir des dispositions légales visant à préserver leur indépendance. Le législateur belge gagnerait à prendre ses responsabilités en la matière. L'introduction en Belgique d'un système comparable à celui des médecins du réseau SCEN est défendable à moyen terme. D'une manière plus générale, il conviendra d'être plus attentif à l'accompagnement des médecins confrontés à des problèmes d'ordre moral.

L'intervenant déduit du texte du projet que le médecin consulté ne doit pas se prononcer sur la demande d'euthanasie formulée par le patient, mais bien sur la situation médicale de celui-ci. Il estime qu'il serait d'ailleurs préférable que cette disposition renvoie aux conditions visées au § 1er.

L'équipe soignante a par contre un rôle à jouer dans l'évaluation de la demande du patient. Le médecin consulté ne devrait-il pas, lui aussi, évaluer la demande du patient et le contexte dans lequel cette demande est formulée ?

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime qu'il suffit que le médecin consulté ait accès au dossier médical du patient, dans lequel la demande est décrite.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) ne craint pas que l'application de la loi entraîne éventuellement des abus. De nombreux critères de rigueur figurent d'ailleurs dans le texte du projet. Elle estime qu'il y a plutôt lieu de se réjouir que les médecins du réseau *SCEN* soient spécialisés et que les médecins traitants

op hen, eerder een goede dan een slechte zaak. Dat betekent overigens niet dat het systeem van de SCEN-artsen in België moet worden gekopieerd : België heeft zelf al veel expertise opgebouwd door de uitbouw van palliatieve verzorging; de palliatieartsen zullen inzake euthanasie hun verantwoordelijkheid opnemen.

In de praktijk beoordeelt de geraadpleegde arts wel degelijk het verzoek van de patiënt, met name bij de inschatting van het leed dat niet kan worden gelenigd.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) acht de interpretatie van de heer Goutry met betrekking tot de rol van het verplegend team onjuist : de wet vermeldt enkel dat het verplegend team het verzoek van de patiënt moet bespreken, wat minder verstrekkend is dan een toetsing van de verschillende voorwaarden.

Volgens *de heer Jacques Germeaux (VLD)* toont de Nederlandse praktijk aan dat artsen een andere arts raadplegen om innerlijke zekerheid te verwerven over het eigen medisch handelen. Ze beschouwen de raadpleging van de SCEN-arts dus niet als een administratieve formaliteit, die nu éénmaal voorgeschreven is, maar verder weinig nut oplevert. Het consult heeft volgens hem overigens vooral als doel de technische definitie van het concept « ongeneeslijk ziek » te toetsen. Omdat artsen de raadpleging van een collega blijkbaar om intrinsieke redenen belangrijk vinden, is het niet nodig om hen er ook nog toe te verplichten de huisarts van de patiënt te raadplegen : als die huisarts hun beslissing verder kan onderbouwen, zullen ze hem spontaan consulteren. De moeilijkheid is ook dat niet alle patiënten een huisarts hebben.

De spreker stipt ook aan dat Nederland eerst heeft gekozen voor de mogelijkheid van euthanasie en pas later is begonnen met de uitbouw van palliatieve verzorging. Omdat in België de evolutie omgekeerd is verlopen, zijn de situaties in beide landen voor vele aspecten moeilijk vergelijkbaar.

Artsen die gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg hebben nu reeds ten dele een taak die vergelijkbaar is met de opdracht van de Nederlandse SCEN-artsen. Het is weinig zinvol om een verdere opsplitsing van taken binnen de groep van de artsen door te voeren. Dat kan enkel leiden tot een artsentekort en, wat nog erger is, tot niet-melding van de toepassing van euthanasie.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vindt dat de noodzakelijke expertise moet worden gegarandeerd door de invoering van een verplichte cursus palliatieve verzorging in de opleiding tot arts.

De heer José Vandewalle (CD&V) benadrukt dat een goede wet ervoor moet zorgen dat mensen met slechte intenties geen onaanvaardbare daden kunnen stellen. Misschien zou het goed zijn dat ook in ons land een systeem als dat van de SCEN-artsen wordt ingevoerd. *De spreker* bepleit dat de geraadpleegde arts over volfassent dès lors souvent appel à eux. Cela ne signifie cependant pas qu'il faille copier le système *SCEN* en Belgique. Notre pays s'est en effet déjà constitué une grande expertise en développant des soins palliatifs et les médecins qui dispensent les soins palliatifs assumeront leurs responsabilités en matière d'euthanasie.

En pratique, le médecin consulté évalue bel et bien la demande du patient, à savoir lorsqu'il estime que la souffrance ne peut être apaisée.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) estime que l'interprétation que fait M. Goutry du rôle de l'équipe soignante est incorrecte : la loi prévoit uniquement que l'équipe soignante doit s'entretenir de la demande du patient, ce qui va moins loin qu'un contrôle des différentes conditions.

Selon *M. Jacques Germeaux (VLD)*, la pratique néerlandaise montre que si les médecins consultent un autre médecin, c'est pour acquérir une certitude absolue quant au bien-fondé de l'acte médical qu'ils envisagent. Ils ne considèrent donc pas la consultation du médecin du SCEN comme une formalité administrative, qui est incontournable et ne présente pour le reste que peu d'utilité. Selon l'intervenant, la consultation a d'ailleurs surtout pour but de contrôler la définition technique de la notion de « maladie incurable ». Étant donné que la consultation d'un collègue a visiblement de l'importance aux yeux des médecins pour des raisons intrinsèques, il n'est pas nécessaire de les obliger en plus à consulter le médecin de famille : si celui-ci est en mesure d'étayer davantage leur décision, ils le consulteront spontanément. En outre, tous les patients n'ont pas nécessairement un médecin de famille.

L'intervenant souligne également que les Pays-Bas ont d'abord choisi d'autoriser l'euthanasie avant de commencer à développer les soins palliatifs. Étant donné qu'en Belgique, les choses ont évolué dans le sens inverse, les situations dans les deux pays sont, sur bien des aspects, difficilement comparables.

Les médecins spécialisés dans les soins palliatifs doivent d'ores et déjà assumer en partie une tâche comparable à la mission des médecins néerlandais du SCEN. Il ne serait donc guère judicieux de continuer à diviser les tâches au sein du groupe de médecins. Cette situation ne peut conduire qu'à une pénurie de médecins et, plus grave encore, à la dissimulation en cas d'euthanasie active.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) estime qu'il faut s'assurer de disposer de l'expertise nécessaire en introduisant un cours obligatoire sur les soins palliatifs dans le cursus médical.

M. José Vandewalle (CD&V) fait observer qu'une bonne loi sur l'euthanasie et les soins palliatifs doit veiller à ce que des personnes animées de mauvaises intentions ne puissent commettre l'inacceptable. Il serait peut-être bon d'introduire également dans notre pays un système comparable à celui des médecins du SCEN. *L'in-*

doende tijd zou beschikken om een goed onderbouwd rapport te schrijven. Die arts heeft als taak na te gaan of de voorwaarden van artikel 1 vervuld zijn, wat ook door *de heer Luc Paque (PSC)* wordt verdedigd.

Overigens wil *de heer Luc Paque (PSC)* zekerheid over de inhoud van het consult. In zijn visie moet de geraadpleegde arts nagaan of alle voorwaarden van de wet vervuld zijn, in het bijzonder de voorwaarde van het terminaal karakter van de ziekte in geval van toepassing van artikel 3, § 2. *De spreker* zou graag bevestiging krijgen van die interpretatie van de opdracht van de geraadpleegde arts.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) sluit zich aan bij de interpretatie van de heer Paque : de geraadpleegde arts dient een rapport op te stellen waarin alle wettelijke voorwaarden onderzocht worden.

De heer Jef Valkeniers (VLD) ventileert ten slotte twijfels bij de vraag of het wel absoluut nodig is dat er een tweede arts geraadpleegd wordt. Die arts zal niets anders doen dan het dossier inkijken; het opbouwen van een persoonlijke relatie met de patiënt is onhaalbaar. In de praktijk zal zijn advies weinig belang hebben omdat de behandelende arts samen met de patiënt en zijn familieleden steeds een grondige analyse van de situatie maakt.

De heer Luc Paque (PSC) wil dat naast het verplegend team (4°) ook het palliatief team geconsulteerd wordt. Beide teams zouden zich moeten uitspreken over de vraag of de voorwaarden van § 1 vervuld zijn; de omschrijving « bespreken » in het ontwerp vindt hij onvoldoende precies.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) repliceert dat de invoering van een palliatieve filter noodzakelijkerwijs met zich meebrengt dat het palliatief team geconsulteerd wordt. Ze is er bovendien van overtuigd dat het verzoek van de patiënt en de voorwaarden om tot toepassing van euthanasie over te gaan met het team grondig zullen worden besproken.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) stelt dat de gesprekken die de patiënt op eigen verzoek voert met door hem aangewezen naasten (5°) en personen die hij wenst te ontmoeten (6°) er niet toe kunnen leiden dat de arts verplicht wordt om deze personen ook om advies te vragen.

De spreekster wenst een zevende punt aan § 2 toe te voegen : « Het levensbeëindigend handelen dient op medisch zorgvuldige wijze te gebeuren. ». In de Nederlandse wet is dat één van de voorwaarden.

De heer Luc Goutry (CD&V) kan zich aansluiten bij dat voorstel indien het wordt toegevoegd aan de grondvoorwaarden van § 1.

De heer Jef Valkeniers (VLD) is ervan overtuigd dat de punten 4°, 5° en 6° ook zouden worden toegepast

tervenant plaide pour que le médecin consulté ait suffisamment de temps pour rédiger un rapport bien étayé. Ce médecin aurait pour mission de vérifier si les conditions visées à l'article 1er sont remplies, ce que préconise également *M. Luc Paque (PSC)*.

M. Luc Paque (PSC) souhaite d'ailleurs qu'il n'y ait aucune ambiguïté quant au contenu de la consultation. Il estime que le médecin consulté doit s'assurer que toutes les conditions prévues par la loi sont bien remplies, notamment la condition du caractère terminal de la maladie lorsque l'article 3, § 2, est appliqué. *L'intervenant* souhaite obtenir confirmation de l'interprétation qu'il donne de la mission du médecin consulté.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) rejoint M. Paque dans son interprétation : le médecin consulté doit établir un rapport dans lequel il examine toutes les conditions légales.

M. Jef Valkeniers (VLD) doute enfin qu'il soit absolument indispensable qu'un deuxième médecin soit consulté. Ce médecin ne pourra rien faire d'autre que de consulter le dossier; il ne pourra établir aucune relation personnelle avec le patient. En pratique, son avis n'aura que peu de poids dès lors que le médecin traitant analysera toujours la situation du patient en profondeur, avec ce dernier et avec les membres de sa famille.

M. Luc Paque (PSC) souhaite que l'on consulte non seulement l'équipe soignante (4°), mais aussi l'équipe de soins palliatifs. Ces deux équipes devraient se prononcer sur la question de savoir si les conditions visées au § 1er sont remplies; il estime que le projet ne définit pas le verbe « s'entretenir » avec suffisamment de précision.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) réplique que l'introduction d'un filtre palliatif implique nécessairement la consultation de l'équipe de soins palliatifs. Elle a en outre la conviction que la demande formulée par le patient et les conditions à respecter en vue de pratiquer l'euthanasie seront examinées de façon approfondie avec l'équipe.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) fait observer que les entretiens que le patient mène à sa demande avec les proches qu'il désigne (5°) et les personnes qu'il souhaite rencontrer (6°) ne peuvent avoir pour conséquence que le médecin soit obligé de prendre l'avis de ces personnes.

L'intervenante souhaite compléter le § 2 par un point 7, libellé comme suit : « L'acte d'euthanasie doit être accompli avec toute la rigueur médicale requise. ». Cette disposition est une des conditions posées dans la loi néerlandaise.

M. Luc Goutry (CD&V) peut se rallier à cette proposition si elle est ajoutée aux conditions de base prévues au § 1er.

M. Jef Valkeniers (VLD) est convaincu que les points 4°, 5° et 6° seraient appliqués même s'ils ne figu-

als ze niet uitdrukkelijk in de wettekst opgenomen waren, maar hij verzet zich niet tegen de uitdrukkelijke vermelding ervan.

De spreker betreurt wel dat het ontwerp niet vermeldt hoe euthanasie moet worden uitgevoerd. De handelwijze van de arts moet zo zijn dat het overlijden door euthanasie een gewoon overlijden zoveel mogelijk benadert. Het is belangrijk dat de patiënt geleidelijk inslaapt omdat zijn nabestaanden anders aan het overlijden mogelijkerwijze een schuldgevoel overhouden. Eventueel kan dat aspect in de toelichting bij de wet vermeld worden.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) bevestigt dat ze met haar voorstel om « zorgvuldig medisch handelen » als verplichting op te nemen onder meer de bekommernis van de heer Valkeniers beoogt.

Art. 3, § 3

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) stelt dat euthanasiewetgeving conflictwetgeving is : het recht op leven conflicteert met het recht op zelfbeschikking. Zij wijst erop dat de twee rechten elkaar volgens de Raad van State niet uitsluiten. In § 3, die levensbeëindiging voor niet-terminale patiënten mogelijk maakt, neemt het recht op zelfbeschikking wel de belangrijkste plaats in.

De spreekster herhaalt dat het terminale karakter van een ziekte een grotendeels subjectieve beoordeling vergt. In welke mate zijn de artsen hier vrij in ? Omdat het onderscheid tussen de terminale en de niet-terminale fase van een ziekte onduidelijk is, bepleit ze het behoud van de paragraaf. Indien de paragraaf geschrapt wordt, vreest ze dat patiënten te zeer zouden onderworpen zijn aan de willekeur van een arts, die met name de terminale fase zeer minimalistisch zou kunnen inschatten.

De heer Luc Goutry (CD&V) wenst dat § 3 geschrapt wordt omdat het niet past in een euthanasieconcept dat vooral uitgaat van « hulp verlenen aan personen in nood ». Een arts moet de twee genoemde plichten tegen elkaar afwegen; bij een niet-terminale patiënt kan hij ingevolge zijn deontologie naar eer en geweten nooit tot de conclusie komen dat het recht op zelfbeschikking primeert. Indien de noodtoestand het uitgangspunt van de discussie was, dan zou het onderscheid tussen terminale en niet-terminale patiënten niet aan de orde zijn. De auteurs van het ontwerp zouden er beter aan gedaan hebben zich tot de essentie te beperken.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) stemt in met de opvatting van de heer Goutry. In § 3 van het ontwerp wordt een zeer gevaarlijke weg ingeslagen. Volgens *de* raient pas explicitement dans le texte de loi, mais il ne s'oppose pas à ce que ces points y soient repris explicitement.

L'intervenant regrette que le projet ne précise pas comment l'euthanasie doit être pratiquée. La méthode utilisée par le médecin doit être telle que la mort par euthanasie se rapproche le plus possible de la mort naturelle. Il est important que le patient s'endorme progressivement, faute de quoi ses proches pourraient ressentir un sentiment de culpabilité face à sa mort. Cet aspect pourrait éventuellement être mentionné dans les développements de la loi.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) confirme que sa proposition visant à imposer que l'acte soit accompli avec « la rigueur médicale requise » répond en partie à la préoccupation de M. Valkeniers.

Art. 3, § 3

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) fait observer que la législation relative à l'euthanasie est une législation conflictuelle : le droit à la vie entre en conflit avec le droit à l'autodétermination. Elle fait observer que le Conseil d'État estime que ces deux droits ne s'excluent pas. Au § 3, qui permet de pratiquer l'euthanasie sur des patients n'étant pas en phase terminale, c'est le droit à l'autodétermination qui prime.

L'intervenante répète que l'on ne peut juger si un patient se trouve en phase terminale sans porter une appréciation essentiellement subjective. Dans quelle mesure les médecins sont-ils libres dans leur appréciation ? Étant donné que la distinction entre la phase terminale et la phase non terminale d'une maladie n'est pas nette, elle insiste pour que le paragraphe soit maintenu. Si le paragraphe est supprimé, elle craint que le sort du patient soit par trop lié à l'arbitraire du médecin, qui pourrait avoir une conception très minimaliste de la phase terminale.

M. Luc Goutry (CD&V) demande que le § 3 soit supprimé, parce qu'il n'est pas compatible avec une conception de l'euthanasie selon laquelle celle-ci doit avoir pour finalité essentielle d'aider des personnes en détresse. Le médecin doit mettre les deux devoirs cités en balance; pour un patient n'étant pas en phase terminale, il ne pourra jamais, en raison de la déontologie de sa profession, conclure en son âme et conscience à la primauté du droit à l'autodétermination. Si l'on avait retenu comme prémisse la situation de détresse du patient, la distinction entre patients terminaux et patients non terminaux n'aurait pas eu de raison d'être. Les auteurs du projet auraient mieux fait de se limiter à l'essentiel.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) partage l'opinion de M. Goutry. On s'engage sur une voie très dangereuse au § 3 du projet. *L'intervenant* estime qu'il n'existe pas

spreker bestaat er niet zoiets als een absoluut of onbeperkt recht op zelfbeschikking.

Ook *de heer Luc Paque (PSC)* vindt dat euthanasie uitsluitend toelaatbaar is als de levensverwachting van de patiënt kort is. Hij wijst erop dat het genoemde advies van de Raad van State enkel de juridische aspecten betreft. Met een debat over waarden houdt de Raad van State zich uiteraard niet bezig, zodat men zich ervoor moet hoeden om onterechte conclusies uit het advies te trekken.

De heer Jef Valkeniers (VLD) betreurt eveneens dat in het voorliggende ontwerp euthanasie voor niet-terminale patiënten een mogelijkheid is. De ultieme vraag is : mag iemand die zich in de eerste fase van een dodelijke ziekte bevindt, voor de dood kiezen als hij in objectieve zin nog over voldoende levenskwaliteit beschikt ? Hij geeft er persoonlijk de voorkeur aan de paragraaf te schrappen en gelooft dat op die manier over de grenzen van meerderheid en oppositie heen over de tekst een consensus zal worden gevonden. Wie niet meer wil leven, kan nog altijd zelfmoord plegen.

De heer Jacques Germeaux (VLD) daarentegen is van mening dat sommige niet-terminale patiënten aanspraak maken op een zachte dood. Hij pleit daarom voor het behoud van de paragraaf. Hij benadrukt dat het in deze om een fundamentele filosofische optie gaat, waarover wellicht geen consensus kan worden gevonden. Hij denkt wel dat er een parlementaire meerderheid bestaat die voorstander is van de aanvaarding van euthanasie voor niet-terminale patiënten en dat er daarom geen reden is om niet tot goedkeuring over te gaan.

De heer Yvan Mayeur (PS) vindt dat zich bij de beantwoording van de vraag of euthanasie toelaatbaar is voor niet-terminale patiënten een belangrijke filosofische vraag stelt : mag de vrije wil van de patiënt primeren op de techniek of moeten alle nuttige behandelingen volgens de stand van de wetenschap uitgevoerd worden ? *De spreker* vindt dat de patiënt vóór de techniek dient te komen en dat § 3 dus moet worden behouden.

Ook *mevrouw Magda De Meyer (SP.A)* vindt het belangrijk dat § 3 gevrijwaard wordt. Ze vindt bijvoorbeeld dat voor patiënten met MS euthanasie een optie moet kunnen zijn, ook al bevinden zij zich niet in de terminale fase van een ziekte. Zelfmoord is geen goed alternatief omdat patiënten daardoor helemaal op zichzelf aangewezen zijn; de samenleving mag haar verantwoordelijkheid in dit domein niet ontlopen. Ook kan zelfmoord op juridisch vlak voor de nabestaanden negatieve repercussies hebben.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) bepleit eveneens het behoud van § 3. Zelfs als euthanasie voor niet-terminale patiënten slechts uitzonderlijk toelaatbaar zal worden geacht, verdient het aanbeveling dat de wet-

une espèce de droit absolu et illimité à l'autodétermination.

M. Luc Paque (PSC) estime lui aussi que l'euthanasie n'est admissible que si l'espérance de vie du patient est limitée. Il fait observer que l'avis précité du Conseil d'État concerne uniquement les aspects juridiques. Il va de soi qu'il n'appartient pas au Conseil d'État de porter des jugements de valeur, de sorte qu'il faut se garder de tirer de cet avis des conclusions erronées.

M. Jef Valkeniers (VLD) déplore également que le projet à l'examen autorise l'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale. La question ultime qui se pose est de savoir si une personne qui se trouve au premier stade d'une maladie mortelle peut choisir de mourir si sa qualité de vie est encore objectivement suffisante. Il préfère personnellement que l'on supprime ce paragraphe et pense que l'on arrivera de cette manière à dégager un consensus sur le texte par-delà le clivage majorité/opposition. Celui qui ne veut plus vivre pourra toujours se suicider.

M. Jacques Germeaux (VLD) considère en revanche que certains patients qui ne sont pas en phase terminale peuvent prétendre à une mort douce. Il plaide dès lors pour le maintien du paragraphe. Il souligne qu'il s'agit, en l'espèce, d'une option philosophique fondamentale, qui ne peut probablement pas faire l'objet d'un consensus. Il pense cependant qu'il existe une majorité parlementaire favorable à l'admissibilité de l'euthanasie pour des patients qui ne sont pas en phase terminale et qu'il n'y a dès lors aucune raison de ne pas adopter le paragraphe.

M. Yvan Mayeur (PS) pense que le débat sur l'admissibilité de l'euthanasie pour des patients qui ne se trouvent pas en phase terminale soulève une question philosophique importante : la libre volonté du patient peut-elle primer la technique ou tous les traitements utiles connus de la science doivent-ils être mis en œuvre ? *L'intervenant* estime que la technique doit être subordonnée au patient et que le § 3 doit dès lors être maintenu.

Mme Magda De Meyer (SP.A) considère, elle aussi, qu'il est important de maintenir le § 3. Elle estime ainsi que l'euthanasie doit pouvoir constituer une option pour les patients atteints, par exemple, de sclérose en plaques, même s'ils ne se trouvent pas dans la phase terminale de la maladie. En effet, le suicide n'est pas une bonne alternative parce que, dans ce cas, le patient est entièrement livré à lui-même; la société ne peut esquiver sa responsabilité dans ce domaine. Sur le plan juridique, le suicide peut par ailleurs avoir des conséquences négatives pour les proches.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) est également favorable au maintien du § 3. Même si l'euthanasie de patients ne se trouvant pas en phase terminale ne sera qu'exceptionnellement admise, il n'en est pas moins

gever de mogelijkheid principieel aanvaardt. Zij gelooft niet dat de wet op een onwenselijke wijze zal worden toegepast: het voorgeschreven bijkomend consult en de reflectieperiode zullen dat verhinderen.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vraagt zich af, als men voor niet-terminale patiënten een bijkomende voorwaarde voor de toepassing van euthanasie stelt, met name dat de patiënt zich in een noodtoestand bevindt, of de CD&V-fractie met dat voorstel zou kunnen instemmen.

De heer Hubert Brouns (CD&V) beantwoordt die vraag ontkennend. Zijn fractie is van oordeel dat euthanasie slechts aanvaardbaar is als er een medische noodzaak is; voor niet-terminale patiënten is die voorwaarde per definitie niet vervuld.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) pleit persoonlijk voor de schrapping van § 3. Zij haalt hiervoor drie argumenten aan :

1) Het risico op externe druk is groter bij niet-terminale dan bij terminale patiënten. Het is niet denkbeeldig dat de principiële mogelijkheid van euthanasie om gezondheidseconomische of andere redenen aanleiding geeft tot « *undertreatment* » (een minder nuttige of efficiënte behandeling dan waartoe de wetenschap bekwaam is).

2) Palliatieve verzorging mag zich niet beperken tot het levenseinde. Die keuze voor een continue zorg bestaat echter nog niet in de praktijk en dat kan tot gevolg hebben dat niet-terminale patiënten geëuthanaseerd worden zonder dat de patiënt de mogelijkheden van palliatieve zorgen aan den lijve heeft ondervonden.

3) Uit de hoorzittingen blijkt dat de toepassing van § 3 zeer beperkt zal zijn omdat weinig artsen op de euthanasievraag van een niet-terminale patiënt willen ingaan. De mogelijkheid van deze uitzonderingssituatie opnemen in de wetgeving is volgens de spreekster niet aangewezen.

De heer José Vandewalle (CD&V) zegt dat de voorstanders van § 3 moeten verduidelijken wanneer de reflectieperiode van één maand, die ingevolge § 3, 2° door de arts in acht moet worden genomen, een aanvang neemt.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) is van mening dat de periode van één maand van start gaat op het ogenblik van het bijkomend consult, dat door § 3, 1° wordt opgelegd. Eventueel kan men een precisering aan de tekst van het ontwerp toevoegen.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) vindt dat de tekst duidelijk is : de reflectieperiode gaat van start op het ogenblik dat de euthanasievraag van de patiënt op schrift wordt gesteld. Het is volgens haar dus niet nodig om een bijkomende passage in de tekst in te lassen.

souhaitable que le législateur en accepte le principe. L'intervenante ne pense pas que la loi sera appliquée d'une manière non souhaitable : la consultation supplémentaire qui est prescrite et le délai de réflexion feront en sorte que cela n'arrive pas.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) se demande si le groupe CD&V serait disposé à se rallier à cette proposition si l'on soumettait l'euthanasie des patients qui ne se trouvent pas en phase terminale à une condition supplémentaire, à savoir que le patient soit en situation de détresse.

M. Hubert Brouns (CD&V) répond par la négative. Son groupe estime que l'euthanasie n'est admissible qu'en cas de nécessité médicale. Or, par définition, cette condition n'est pas remplie dans le cas de patients qui ne sont pas en phase terminale.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) est personnellement favorable à la suppression du § 3, et ce, pour trois raisons :

1) Le risque de pression externe est plus important pour les patients non terminaux que pour les patients en phase terminale. Il n'est pas exclu que la possibilité, dont le principe serait accepté, de pratiquer l'euthanasie amène à réserver au patient, pour des raisons d'économie médicale ou pour d'autres raisons, un traitement moins utile ou moins efficace que ne le permet la médecine.

2) Les soins palliatifs ne peuvent pas se limiter à la période de fin de vie. Il n'est pas encore possible, dans la pratique, d'opter pour des soins continus, si bien que des patients non terminaux risquent d'être euthanasiés sans avoir eu la possibilité de faire l'expérience de soins palliatifs.

3) Il ressort des auditions que l'application du § 3 sera très limitée, dès lors que peu de médecins sont disposés à répondre à la demande d'euthanasie émanant de patients non terminaux. L'intervenante estime qu'il n'est pas indiqué de prévoir dans la législation cette possibilité concernant une situation exceptionnelle.

M. José Vandewalle (CD&V) précise que les partisans du § 3 doivent préciser quand débute la période de réflexion d'un mois, que le médecin est tenu respecter en application du § 3, 2°.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) estime que la période d'un mois prend cours au moment de la consultation complémentaire imposée par le § 3, 1°. Le texte du projet pourrait être précisé sur ce point.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) estime que le texte est clair : la période de réflexion prend cours au moment où la demande d'euthanasie du patient est actée par écrit. À ses yeux, il n'est dès lors pas nécessaire d'insérer des précisions dans le texte.

Art. 3, § 4

De heer Hubert Brouns (CD&V) is van oordeel dat deze bepaling onvoldoende precies is. De tekst stelt dat het verzoek van de patiënt op schrift moet zijn gesteld, maar vermeldt niet wanneer die opschriftstelling dient plaats te vinden. Moet ze gebeuren op het ogenblik dat de patiënt de euthanasievraag voor het eerst stelt of bij de latere herhaling van de vraag ? Het meest logische antwoord op die vraag zou volgens *de spreker* zijn dat ze pas dient te gebeuren wanneer alle voorwaarden van artikel 3 vervuld zijn, dus bij de verplichte herhaling van het verzoek.

Indien de patiënt bij zijn eerste verzoek dit ook schriftelijk doet, is het voor hem nadien moeilijker dit verzoek te nuanceren.

Volgens hem zal de patiënt anders reageren indien hij zijn verzoek schriftelijk moet bevestigen. De patiënt moet worden beschermd; wanneer hij voor het eerst het idee van euthanasie oppert, mag hij niet onmiddellijk worden geconfronteerd met de verplichting om zijn verzoek op schrift te stellen. Psychologisch gezien is het ogenblik waarop het verzoek op schrift moet worden gesteld zeer belangrijk.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) acht het verzoek van de patiënt de eerste fase waaruit de hele procedure voortvloeit. Het ware dan ook logischer helemaal bij het begin in het schriftelijk verzoek te voorzien. Hoe dan ook is dat schriftelijk verzoek maar één element van het dossier en het spreekt vanzelf dat de patiënt zich op elk ogenblik kan bedenken.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vraagt zich af het niet logischer ware gewag te maken van het schriftelijk verzoek in § 2, tussen 1° en 2°, dus nadat de patiënt alle informatie kreeg en meerdere gesprekken voerde met de arts.

De heer Hubert Brouns (CD&V) vindt dat het te vroeg op schrift stellen de herroepbaarheid bemoeilijkt.

Volgens *de heer Jacques Germeaux (VLD)* mag men zich niet toespitsen op de laatste levensweken. Persoonlijk acht hij het beter de eigen wilsbeschikking zo snel mogelijk op schrift te stellen, en niet te wachten totdat zich een moeilijke situatie voordoet.

HOOFDSTUK III

De wilsverklaring

Art. 4

De heer Luc Goutry (CD&V) verklaart dat zijn fractie in hoofdorde voorstelt hoofdstuk III weg te laten. Aangezien euthanasie voor CD&V geen recht is, kan er geen

Art. 3, § 4

M. Hubert Brouns (CD&V) estime que cette disposition manque de précision. Le projet prévoit que la demande du patient doit être actée par écrit, mais ne précise pas à quel moment elle doit l'être. Doit-elle être actée par écrit au moment où le patient la formule pour la première ou lorsqu'il la réitère ultérieurement ? L'intervenant estime que la solution la plus logique consisterait à prévoir qu'elle doit être actée lorsque toutes les conditions prévues à l'article 3 sont réunies, c'est-à-dire au moment où la demande est obligatoirement réitérée.

Si l'on oblige le patient à faire acter sa demande par écrit quand il la formule pour la première fois, il lui sera plus difficile de nuancer cette demande par la suite.

Il est d'avis que le patient aura une autre réaction lorsqu'il devra confirmer sa demande par écrit. Il faut protéger le patient et ne pas directement le confronter avec une obligation de mettre sa demande sur papier la première fois qu'il évoque l'idée d'une euthanasie. Psychologiquement, le moment où la demande doit être mise sur papier est très importante.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) estime que la demande du patient constitue la première étape d'où découle toute la procédure. Ils serait dès lors plus logique de prévoir la demande écrite tout au début. Quoi qu'il en soit, cette demande écrite ne constitue qu'un des éléments du dossier et il va de soi que le patient peut à tout moment se raviser.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Ecolo-Agalev) se demande s'il ne serait pas plus logique de mentionner la demande écrite au § 2, entre le 1° et le 2°, après que le patient a reçu toutes les informations et eu plusieurs entretiens avec le médecin.

M. Hubert Brouns (CD&V) estime que si la demande est actée trop rapidement par écrit, il sera plus difficile de la révoquer.

M. Jacques Germeaux (VLD) est d'avis qu'il ne faut pas se focaliser sur les dernières semaines de la vie. Personnellement, il estime qu'il vaudrait mieux mettre au plus tôt ses volontés par écrit et ne pas attendre la survenance d'une situation conflictuelle.

CHAPITRE III

De la déclaration anticipée

Art. 4

M. Luc Goutry (CD&V) déclare que son groupe propose en ordre principal de supprimer le chapitre III. Étant donné que, pour le CD&V, l'euthanasie n'est pas un droit,

sprake van zijn dat dit recht in een wilsverklaring wordt ingeroepen.

Voorts onderstelt het gegeven van een wilsverklaring dat naar die verklaring wordt verwezen wanneer de patiënt zijn wil niet meer kan uiten. Zulks betekent dat euthanasie zal worden toegepast op een patiënt die zijn wil niet meer kan uiten. Wat moet er gebeuren met een demente persoon die een wilsverklaring heeft afgelegd ? Hoe kan men te weten komen of hij nog steeds die mening is toegedaan ?

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) wenst een voorwaarde in te voegen in § 1, te weten dat de arts zich ervan moet vergewissen dat de patiënte niet zwanger is van een levensvatbaar kind.

De heer Jef Valkeniers (VLD) meent dat een demente patiënt als bij bewustzijn moet worden beschouwd. Hij waarschuwt voor een interpretatie van de tekst als zou ervan uit worden gegaan dat de patiënt niet meer bij bewustzijn is. Is zulks het geval, dan mag volgens deze wet op dergelijke patiënten euthanasie worden toegepast. Er zou nader moet worden bepaald dat euthanasie niet mag worden overwogen bij demente patiënten.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) verwijst naar het advies van de Orde van geneesheren, volgens hetwelk het wetsontwerp in geval van dementie niet toestaat te voldoen aan een euthanasieverzoek dat in een wilsverklaring op schrift werd gesteld.

De heer Luc Goutry (CD&V) acht het wenselijk nader te omschrijven wat onder « niet meer bij bewustzijn zijn » moet worden verstaan.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) wijst erop dat het hier gaat om patiënten die in comateuze toestand verkeren. In dat geval is de wilsverklaring een instrument waarmee de behandelend arts de wilsbeschikking van zijn patiënt ten uitvoer kan leggen.

Voor de rusthuizensector moet nader worden bepaald dat de wilsverklaring niet geldt in geval van dementie.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) stelt dat er ontegensprekelijk personen zijn die verder leven onmogelijk achten indien zij door dementie worden getroffen. Het kan niet de bedoeling zijn aan dergelijke verzoeken tegemoet te komen.

Volgens *mevrouw Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev)* dient uit de termen « niet meer bij bewustzijn » en « onomkeerbare toestand » te worden afgeleid dat het een patiënt betreft die in comateuze toestand verkeert.

Ook *de heer Luc Paque (PSC)* vindt de tekst, inzonderheid de term « niet meer bij bewustzijn », te vaag.

Hij stelt voor nader te bepalen dat de patiënt enerzijds in zijn verklaring moet vermelden dat hij zich in een terminale fase dient te bevinden en dat zijn overlijden eerlang zal plaatsvinden, en anderzijds dat alle andere mogelijke middelen moeten zijn uitgeput.

il n'est pas question de faire appel à ce droit dans une déclaration anticipée. L'euthanasie ne peut être envisagée que dans des situations extrêmes lorsqu'aucune autre solution n'est plus envisageable.

En outre, le fait de prévoir une déclaration anticipée suppose que l'on se réfère à cette déclaration lorsque le patient ne peut plus exprimer sa volonté. Cela signifie que l'on posera un acte d'euthanasie sur un patient qui ne peut plus exprimer sa volonté. Que faire vis-à-vis d'une personne démente qui a fait une déclaration anticipée ? Comment savoir s'il est encore de cet avis ?

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) souhaite ajouter une condition dans le § 1er, à savoir que le médecin doit s'assurer que le patient n'est pas une femme enceinte d'un enfant viable.

M. Jef Valkeniers (VLD) estime qu'un patient dément doit être considéré comme conscient. Il met en garde contre une interprétation du texte selon laquelle le patient dément est considéré comme inconscient. Si tel est le cas, la présente loi permettra d'euthanasier de tels patients. Il conviendrait de préciser que l'euthanasie ne peut pas être envisagée pour les patients déments.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) se réfère à l'avis de l'Ordre des médecins selon lequel le projet de loi ne permet pas, en cas de démence, d'accéder à une demande d'euthanasie consignée dans une déclaration anticipée.

M. Luc Goutry (CD&V) estime qu'il conviendrait de préciser ce que l'on entend par être inconscient.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) précise que l'on vise ici les personnes se trouvant dans le coma. Dans ce cas, la déclaration anticipée est un instrument permettant au médecin traitant d'exécuter la volonté de son patient.

À l'égard du secteur des maisons de repos, il est important de préciser que la déclaration anticipée n'est pas applicable aux cas de démence.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) déclare que l'on ne peut pas nier qu'il existe des personnes qui estiment ne pas pouvoir continuer à vivre s'il sont atteints de démence. L'objectif ne peut pas être de répondre à de telles demandes.

Mme Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev) est d'avis qu'il faut déduire des termes « inconscient » et « situation irréversible » qu'il s'agit d'un patient dans le coma.

M. Luc Paque (PSC) est également d'avis que le texte, et en particulier le terme « inconscient » est trop vague.

Il propose de préciser que le patient doit mentionner dans sa déclaration d'une part, qu'il doit se trouver dans une situation de fin de vie et que son décès est prévu à brève échéance et d'autre part, que tous les autres moyens possibles doivent avoir été épuisés.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) is het eens met het oordeel terzake van de Orde van geneesheren. Zij suggereert in het Nederlands veeleer de term « bewusteloos » in plaats van « niet meer bij bewustzijn » te hanteren.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) voegt daaraan toe dat voor zijn fractie het beginsel zelf van de wilsverklaring onaanvaardbaar is.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vestigt de aandacht op de kiese situatie van demente patiënten die ondraaglijk lijden verduren en die, doordat zij hun wil niet meer kunnen uiten, niet om euthanasie zullen kunnen verzoeken. Ook die patiënten moeten de mogelijkheid hebben een zachte dood te sterven. Krachtens dit wetsontwerp komen zij daarvoor echter niet in aanmerking, behalve wanneer zij in coma verkeren. In dat opzicht is het ontwerp bijvoorbeeld discriminerend ten aanzien van demente kankerpatiënten. Dit hiaat in de tekst dient te worden verholpen, in voorkomend geval in een later stadium.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) suggereert aan het voorstel van de Orde van geneesheren toe te voegen dat de wilsverklaring bij dementie enkel toepasselijk is in geval van lichamelijk lijden.

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) acht het vanzelfsprekend dat euthanasie nooit in aanmerking komt wanneer alleen sprake is van dementie. Zij kan wel worden toegepast indien de dementie gepaard gaat met ondraaglijk lijden.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) merkt op dat de tekst van het wetsontwerp geen gewag maakt van die nuance.

De heer Jacques Germeaux (VLD) verklaart dat de arts bij het stellen van zijn diagnose moet oordelen welke aandoening primeert, en in voorkomend geval afzien van therapeutische hardnekkigheid. Het betreft een louter medisch probleem, dat niet tot de toepassingssfeer van deze wet behoort.

De heer Jef Valkeniers (VLD) leidt daaruit af dat er een consensus bestaat over het gegeven dat de term « niet meer bij bewustzijn zijn » niet geldt voor demente patiënten. Toch kan worden beslist uitvoering te geven aan de wilsbeschikking van een patiënt die vooraf een wilsverklaring heeft afgelegd, intussen dement is geworden en lijdt.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) stelt vast dat het wetsontwerp een juridisch vacuüm laat inzake lijdende demente patiënten. Dergelijke patiënten kunnen immers hun wil niet uiten, noch een verzoek om euthanasie doen en een vroeger opgestelde wilsverklaring geldt evenmin.

De heer Luc Goutry (CD&V) verklaart dat hij dit artikel goedkeurt op voorwaarde dat heel duidelijk is dat « niet meer bij bewustzijn zijn » betekent dat de betrokkene in coma verkeert en dat louter dementie geen rechtvaardiging is voor euthanasie.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) se rallie à l'avis de l'Ordre des médecins sur ce point. Elle suggère d'utiliser le terme néerlandais « *bewusteloos* » plutôt que « *niet meer bij bewustzijn* ».

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) ajoute que pour son groupe le principe même de la déclaration anticipée est inacceptable.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) attire l'attention sur la situation délicate des patients déments qui endurent des souffrances insupportables et qui, en raison du fait qu'ils ne peuvent plus exprimer leur volonté, ne pourront pas demander une euthanasie. Ces patients aussi doivent pouvoir avoir la possibilité d'accéder à une mort douce. Or, ils ne sont pas visés dans la présente loi sauf lorsqu'ils se trouvent dans le coma. À cet égard, la loi contient une discrimination par exemple envers les patients cancéreux qui sont déments. Il conviendrait de résoudre ce problème dans la loi éventuellement dans un stade ultérieur.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Ecolo-Agalev) suggère d'ajouter à la proposition de l'Ordre des médecins que la déclaration anticipée ne s'applique en cas de démence qu'en présence de souffrances physiques.

Mme Magda De Meyer (SP.A) estime qu'il va de soi que l'euthanasie ne peut jamais s'appliquer lorsqu'il s'agit uniquement de démence. Cependant, elle peut s'appliquer lorsque la démence se double de souffrances insupportables.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) fait remarquer que cette nuance ne se trouve pas dans le texte du projet de loi.

M. Jacques Germeaux (VLD) déclare qu'il appartient au médecin, au moment où il pose son diagnostic, de déterminer quelle affection prime et d'éventuellement arrêter l'acharnement thérapeutique. Il s'agit d'un problème purement médical qui ne tombe pas dans le champ d'application de la présente loi.

M. Jef Valkeniers (VLD) déduit qu'il existe un consensus sur le fait que les patients atteints de démence ne sont pas visés par les termes « être inconscient ». Toutefois, si un patient a fait une déclaration anticipée, qu'il est entre-temps devenu dément et qu'il souffre, alors on peut décider d'exécuter sa volonté.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) constate que le projet de loi comprend un vide juridique à l'égard des patients déments qui souffrent. En effet, ces patients ne peuvent pas exprimer leur volonté et demander une euthanasie et une déclaration anticipée rédigée antérieurement n'a aucune valeur.

M. Luc Goutry (CD&V) déclare qu'il soutient cet article à condition qu'il soit bien clair qu'être inconscient signifie être dans le coma et que la démence seule ne peut motiver un acte d'euthanasie.

Met betrekking tot § 2, 2°, vraagt de heer Goutry hoe een team van zorgverstrekkers regelmatig in contact kan staan met een patiënt die niet meer bij bewustzijn is.

De heer Jef Valkeniers (VLD) antwoordt daarop dat aangezien de verpleegsters de in coma verkerende patiënt verplegen, zij in contact met hem staan.

De heer Luc Paque (PSC) vraagt dat in dat artikel ook nader wordt bepaald dat de patiënt terminaal moet zijn en dat alle andere middelen werden uitgeput.

Bovendien moet in § 2, 2°, worden gepreciseerd dat het palliatief team advies uitbrengt over de inhoud van de wilsverklaring.

Art. 5

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt dat in dit artikel strafrechtelijke sancties worden ingevoegd. De tekst voorziet immers niet in sancties indien de arts het registratiedocument niet terugstuurt. In Nederland wordt een dergelijke overtreding beschouwd als valsheid in geschrifte.

Art. 6

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) stelt voor § 3 te vervangen door de volgende bepaling (zie amendement nr 7, DOC 50 1488/002) :

« § 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op. Voor de uitoefening van haar controletaken, bedoeld in artikel 8, kan de commissie uit haar leden een Nederlandstalige en een Franstalige kamer samenstellen ».

Art. 7

De heer Luc Goutry (CD&V) verwijst naar de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, en merkt op dat die commissie er twee jaar heeft over gedaan om tot een modelformulier voor de registratie te komen. Hij stelt voor erin te voorzien dat de Koning het registratiedocument bepaalt, zodat het ter beschikking kan zijn zodra de wet in voege treedt.

Art. 8

De heer Hubert Brouns (CD&V) stelt voor in dit artikel te preciseren dat de federale commissie veeleer bij gewone meerderheid dan bij tweederde meerderheid kan

En ce qui concerne le § 2, 2°, M. Goutry demande de quelle manière une équipe soignante peut être en contact régulier avec un patient inconscient.

M. Jef Valkeniers (VLD) répond que même lorsque le patient est dans le coma, les infirmières sont en contact avec lui étant donné qu'elles le soignent.

M. Luc Paque (PSC) demande que l'on précise également à cet article que le patient doit être dans une situation de fin de vie et que tous les autres moyens ont été épuisés.

Il convient également de préciser au § 2, 2° que l'équipe palliative rend un avis sur le contenu de la déclaration anticipée.

Art. 5

M. Luc Goutry (CD&V) demande que soient ajoutées à cet article des dispositions pénales. En effet, le texte ne prévoit pas de sanctions dans le cas où le médecin ne renvoie pas de document d'enregistrement. Aux Pays-Bas, l'infraction est qualifiée de faux en écriture.

Art. 6

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) propose de remplacer le § 3 de l'article par la disposition suivante (voir amendement n° 7 — DOC 50 1488/002) :

« § 3. La commission arrête son règlement d'ordre intérieur. Pour l'exercice de ses missions de contrôle, visées à l'article 8, la commission peut constituer en son sein une chambre française et une chambre néerlandaise ».

Art. 7

M. Luc Goutry (CD&V) se réfère à la commission d'évaluation de la loi sur l'interruption de grossesse et fait remarquer que cette commission a mis deux ans pour mettre au point un modèle de formulaire d'enregistrement. Il propose de prévoir que c'est le Roi qui établit le document d'enregistrement de manière à ce qu'il puisse être disponible dès l'entrée en vigueur de la loi.

Art. 8

M. Hubert Brouns (CD&V) propose de préciser à cet article que la commission peut décider, à la majorité simple plutôt qu'à la majorité des deux tiers, d'envoyer le

beslissen het dossier over te zenden aan de procureur des Konings wanneer zij oordeelt dat de in de wet bepaalde voorwaarden niet in acht werden genomen.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev) vraagt dat bij dit artikel wordt gepreciseerd dat zodra de behandelende arts van de opheffing van de anonimiteit wordt ingelicht, deze mag vragen door de commissie te worden gehoord om zijn handeling toe te lichten.

De heer Jef Valkeniers (VLD) suggereert dat de commissie een aanbeveling zou formuleren luidens welke een arts het recht heeft zich te verdedigen wanneer hij ervan verdacht wordt onzorgvuldig te hebben gehandeld.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) herhaalt haar wantrouwen ten aanzien van het wetsontwerp. Zij herinnert eraan dat in Nederland een wetsdokter ermee belast is het overlijden aan de procureur des Konings te rapporteren.

Aangezien de federale commissie over een termijn van twee maanden beschikt om zich uit te spreken, vraagt zij wat er intussen gebeurt met de overleden patiënt. Mag die al worden begraven of worden gecremeerd ?

De heer Jef Valkeniers (VLD) vindt het overbodig te bepalen dat een wetsdokter moet rapporteren in geval van overlijden door euthanasie.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) preciseert dat in België in geval van crematie bepaald is dat een wetsdokter een getuigschrift moet afleveren waaruit blijkt dat het wel degelijk om een natuurlijke dood gaat. Die procedure is van toepassing, of het nu gaat om een natuurlijke dood dan wel om een overlijden door euthanasie.

Het spreekt voor zich dat het lijk geen twee maanden bewaard hoeft te worden in afwachting van de beslissing van de commissie.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) herinnert eraan dat in Nederland niet-natuurlijke gevallen van overlijden afzonderlijk worden geregistreerd.

Art. 9

De heer Luc Goutry (CD&V) wenst dat in punt c) van dat artikel wordt gepreciseerd dat de commissie aanbevelingen opstelt die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen tot verbetering van de medische begeleiding en de psychisch-sociale opvang van ongeneeslijk zieke patiënten, in het bijzonder de verbetering en de uitbreiding van de palliatieve zorg.

De heer Jef Valkeniers (VLD) vindt die bepaling overbodig. Punt c) is enkel maar een explicitering van punt b). Het spreekt voor zich dat als de commissie een verslag opstelt waarin de wet wordt geëvalueerd, zij daar ook aanbevelingen in zal opnemen.

dossier au procureur du Roi lorsqu'elle estime que les conditions prévues dans la loi n'ont pas été respectées.

Mme Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev) demande que soit précisé à cet article que dès qu'il est averti de la levée de l'anonymat, le médecin traitant peut demander à être entendu par la commission afin d'expliciter sa démarche.

M. Jef Valkeniers (VLD) suggère que la commission formule une recommandation selon laquelle un médecin doit avoir le droit de se défendre lorsqu'il est suspecté d'avoir agi avec négligence.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) réitère sa méfiance à l'égard du projet de loi. Elle rappelle qu'aux Pays-Bas, un médecin légiste est chargé de faire rapport sur le décès au Procureur du Roi.

Étant donné que la commission se prononce dans un délai de deux mois, qu'advient-il entre-temps du patient décédé ? Peut-il déjà être enterré ou faire l'objet d'une crémation ?

M. Jef Valkeniers (VLD) estime qu'il est superflu de prévoir qu'un médecin légiste doit faire rapport en cas de décès par euthanasie.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) précise qu'en Belgique, en cas de crémation, il est prévu qu'un médecin légiste doit délivrer un certificat attestant qu'il s'agit bien d'une mort naturelle. Cette procédure est d'application qu'il s'agisse d'un décès naturel ou d'un décès par euthanasie.

Il va de soi que l'on ne peut pas conserver le corps pendant deux mois en attendant la décision de la commission.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) rappelle qu'aux Pays-Bas les décès non naturels sont comptabilisés séparément.

Art. 9

M. Luc Goutry (CD&V) souhaite que soit précisé au point c) de cet article que la commission établit des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures pouvant améliorer l'accompagnement médical et l'accueil psychosocial des malades incurables, en particulier l'amélioration et l'extension des soins palliatifs.

M. Jef Valkeniers (VLD) estime que cette disposition est superflue. Le point c) ne fait qu'expliciter le point b). Il va de soi que si la commission rédige un rapport d'évaluation de la loi, elle y insérera des recommandations.

Art. 10 tot 13

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 14

De heer Hubert Brouns (CD&V) herinnert eraan dat zijn fractie vindt dat euthanasie in geen geval als een recht mag worden erkend.

Hij vraagt dat in dat artikel wordt gepreciseerd dat geen enkele verzorgingsinstelling verplicht is aan euthanasie mee te werken.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) stelt dat als de arts om persoonlijke redenen euthanasie weigert uit te voeren, hij niet verplicht moet worden die redenen aan de patiënt mee te delen. Als zijn weigering echter is ingegeven door de medische toestand van de patiënt, moet hij hem uitleg verschaffen.

De heer Jacques Germeaux (VLD) is van mening dat euthanasie een geïndividualiseerde handeling is tussen de arts en de patiënt. Hij begrijpt niet waarom de heer Brouns de verzorgingsinstellingen bij dat artikel wil betrekken.

De heer Hubert Brouns (CD&V) geeft het voorbeeld van privé-rusthuizen die in hun reglement zouden opnemen dat zij om redenen van levensbeschouwelijke overtuiging geen euthanasie zullen uitvoeren, zelfs niet op verzoek.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev) verdedigt de stelling dat euthanasie een handeling is die past in het kader van de discrete contacten tussen arts en patiënt.

De rusthuizen mogen zich in die dialoog niet mengen.

De spreekster vindt dat de arts aan zijn patiënt moet kunnen uitleggen dat hij om ethische of persoonlijke redenen euthanasie weigert uit te voeren. Hij zou dat trouwens zo vroeg mogelijk aan zijn patiënt moeten meedelen.

Mevrouw Alexandra Colen (Vlaams Blok) herhaalt dat de artsen die in Nederland euthanasie weigeren te verrichten, niet verplicht zijn de redenen van hun weigering toe te lichten. Dat zou in dit wetsontwerp ook zo moeten zijn.

De heer Yvan Mayeur (PS) onderstreept dat het gewetensbezwaar dat in het wetsontwerp is opgenomen, enkel bedoeld is voor de arts als individu en niet mag worden toegepast op een verzorgingsinstelling. Als een verzorgingsinstelling een dergelijke weigering in haar reglement zou opnemen, zou de patiënt het recht hebben de toepassing van de wet te vragen, die dwingende kracht zou hebben. Men moet voorkomen dat het afwijzen van de toepassing van euthanasie wordt geïnstitutionaliseerd.

Art. 10 à 13

Ces articles ne soulèvent aucune remarque.

Art. 14

M. Hubert Brouns (CD&V) rappelle que pour son groupe, l'euthanasie ne peut en aucun cas être reconnue comme un droit.

Il demande que soit précisé à cet article qu'aucune institution de soins n'est tenue de participer à une euthanasie.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) estime que si le médecin refuse de pratiquer une euthanasie pour des raisons personnelles, il ne doit pas être tenu d'expliquer ces raisons au patient. Toutefois, si son refus est justifié en raison de la situation médicale du patient, alors il doit lui fournir des explications.

M. Jacques Germeaux (VLD) est d'avis que l'euthanasie est un acte personnalisé entre le médecin et son patient. Il ne comprend pas pourquoi M. Brouns veut inclure les institutions de soins à cet article.

M. Hubert Brouns (CD&V) prend l'exemple de maisons de repos privées qui inscriraient dans leurs statuts qu'elles ne pratiqueront pas l'euthanasie, même pas sur demande, en raison de leurs convictions philosophiques.

Mme Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev) soutient que l'acte d'euthanasie constitue un acte qui s'inscrit dans le cadre du colloque singulier entre un médecin et son patient.

Les maisons de repos ne peuvent pas s'immiscer dans ce colloque singulier.

L'intervenante estime que le médecin doit pouvoir expliquer à son patient que pour des raisons éthiques ou personnelles; il refuse de pratiquer une euthanasie. Il devrait d'ailleurs l'annoncer le plus tôt possible à son patient.

Mme Alexandra Colen (Vlaams Blok) rappelle qu'aux Pays-Bas, les médecins qui refusent de pratiquer une euthanasie ne sont pas tenus d'expliciter les raisons de leur refus. Il devrait en être de même dans le présent projet.

M. Yvan Mayeur (PS) souligne que l'objection de conscience inscrite dans le projet de loi ne vise que le médecin en tant qu'individu et ne peut s'appliquer à une institution de soins. Si une institution inscrivait un tel refus dans son règlement, le patient aurait le droit de faire appel à l'application de la loi qui serait impérative. Il faut éviter d'institutionnaliser la non pratique de l'euthanasie.

De spreker ziet niet in hoe een instelling zich het recht zou kunnen toe-eigenen een arts te verbieden euthanasie toe te passen. De tekst beoogt geen rechtspersonen.

De heer Jef Valkeniers (VLD) begrijpt niet waarom een arts niet gewoonweg aan zijn patiënt zou mogen zeggen dat hij om persoonlijke, godsdienstige of levensbeschouwelijke redenen geen euthanasie toepast. Analoog moet hij de patiënt ook kunnen uitleggen dat diens verzoek hem wegens zijn medische toestand niet gegrond lijkt.

De heer Hubert Brouns (CD&V) meent dat een individuele arts zelfs niet in een verzorgingsinstelling gedwongen kan worden euthanasie toe te passen. Het spreekt voor zich dat euthanasie kan plaatshebben als de patiënt een beroep doet op een arts van buiten de instelling, aangezien het gaat om een individuele handeling tussen de arts en de patiënt. De instelling mag echter niet verplicht worden haar medewerking te verlenen.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID) vindt dat de principiële weigering van de arts zo spoedig mogelijk aan de patiënt moet worden meegedeeld, zodat deze naar een andere arts kan worden doorverwezen.

De heer Jef Valkeniers (VLD) betreurt dat de Senaat niet heeft bepaald dat een arts die weigert euthanasie uit te voeren, moet worden verplicht zijn patiënt naar een collega door te verwijzen. De arts is daartoe trouwens het best geplaatst. De tekst zegt alleen dat hij « op verzoek van de patiënt » moet doorverwijzen.

De heer Jacques Germeaux (VLD) merkt op dat als een patiënt van arts wenst te veranderen, hij vraagt dat zijn dossier wordt doorgezonden naar de arts van zijn keuze.

De heer Luc Paque (PSC) wenst dat in dit artikel wordt gepreciseerd dat alleen een arts (en niet het verplegend personeel) euthanasie mag toepassen.

Hij vraagt ook dat wordt gepreciseerd dat de apotheker die een dodelijk product aflevert, ervan wordt ingelicht dat het product zal dienen om euthanasie toe te passen, zodat hij de gelegenheid heeft de levering om persoonlijke redenen te weigeren.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vindt dat die voorzorgsmaatregel is vervat in de woorden « Geen andere persoon ».

Art. 15

De heer Hubert Brouns (CD&V) wenst dat dit artikel ook de opmerking bevat van de Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen, dat de levensverzekering niet geldt bij een overlijden ingevolge euthanasie op grond van artikel 3, § 3 (niet terminale patiënt).

L'intervenant ne voit pas de quelle manière une institution pourrait s'arroger le droit de refuser à un médecin le droit de pratiquer une euthanasie. Le texte ne vise pas les personnes morales.

M. Jef Valkeniers (VLD) ne comprend pas pourquoi un médecin ne pourrait pas tout simplement dire à son patient qu'il ne pratique pas l'euthanasie pour des raisons personnelles, religieuses ou philosophiques. Parallèlement, il doit aussi pouvoir lui expliquer que sa demande ne lui semble pas fondée, en raison de sa situation médicale.

M. Hubert Brouns (CD&V) est d'avis qu'un médecin individuel ne peut être tenu de pratiquer une euthanasie même dans une institution de soins. Il va de soi que si le patient fait appel à un médecin extérieur à l'institution, l'euthanasie peut avoir lieu car il s'agit d'un acte individuel entre le médecin et son patient. Toutefois, il ne faut pas que l'institution soit obligée d'apporter sa collaboration.

Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID) estime que le refus de principe du médecin doit être communiqué le plus rapidement possible au patient afin que celui-ci puisse être renvoyé vers un autre médecin.

M. Jef Valkeniers (VLD) déplore que le Sénat n'ait pas prévu que le médecin qui refuse de pratiquer une euthanasie soit obligé de renvoyer son patient vers un collègue. Le médecin est d'ailleurs le mieux placé pour cela. Le texte mentionne uniquement qu'il doit renvoyer « à la demande du patient ».

M. Jacques Germeaux (VLD) fait remarquer que lorsqu'un patient souhaite changer de médecin, il demande que son dossier soit transféré vers le médecin de son choix.

M. Luc Paque (PSC) souhaite que soit précisé à cet article que seul un médecin (et pas le personnel infirmier) peut pratiquer une euthanasie.

Il demande également que soit précisé que le pharmacien qui délivre un produit létal soit informé que ce produit va servir à pratiquer une euthanasie afin qu'il ait l'occasion de refuser la délivrance pour des raisons personnelles.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime que cette précaution est couverte par les mots « aucune autre personne ».

Art. 15

M. Hubert Brouns (CD&V) souhaite que soit insérée à cet article la remarque de l'Association professionnelle des entreprises d'assurances selon laquelle l'assurance-vie ne couvre pas l'euthanasie pratiquée sur la base de l'article 3, § 3 (patients qui ne sont pas en phase terminale).

Volgens *de heer Jef Valkeniers (VLD)* is dit amendement onaanvaardbaar, omdat de medische situaties zo verschillend zijn en moeilijk kan worden bepaald of de patiënt al dan niet terminaal is.

De heer Jacques Germeaux (VLD) geeft aan dat als de verzekeringsmaatschappij twijfels heeft bij het overlijden, zij altijd klacht kan indienen en een autopsie laten verrichten. Dergelijke procedures bestaan al bij de toekenning van een overlevingspensioen, als de echtgenoot is overleden als gevolg van een beroepsziekte.

De heer Jef Valkeniers (VLD) merkt op dat bij zelfdoding de verzekeringsmaatschappijen een tegemoetkoming uitbetalen als de verzekeringspolis twee jaar voordien is gesloten. In dat geval wordt de persoon geacht ziek te zijn geweest.

Art. 16

De heer Hubert Brouns (CD&V) herinnert aan de opmerking van de Raad van State dat er geen precieze datum van inwerkingtreding is opgegeven.

Hij stelt voor dat deze wet maar in werking treedt na de goedkeuring van de wet betreffende de palliatieve zorg en de wet inzake de patiëntenrechten.

Hij suggereert derhalve de bepaling als volgt te wijzigen : « Met uitzondering van de artikelen 6, 7, 10 en 11 treedt deze wet in werking op een datum die wordt bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. ».

*
* *

Tijdens haar vergadering van 15 januari 2002 heeft de commissie de verschillende keuzen besproken die op haar vorige vergadering in aanmerking waren genomen. Over die verschillende keuzen heeft een stemming plaatsgehad, op grond waarvan het volgende advies kan worden verstrekt. Het verslag over de stemmingen moet gelezen worden samen met de bespreking omdat de opmerkingen geformuleerd tijdens de stemmingen reeds grotendeels vervat zijn in de artikelsgewijze bespreking.

M. Jef Valkeniers (VLD) est d'avis que l'amendement est inacceptable étant donné que les situations médicales sont tellement différentes et qu'il est difficile de dire si le patient se trouve oui ou non en phase terminale.

M. Jacques Germeaux (VLD) estime que si la compagnie d'assurances a des doutes sur le décès, elle peut toujours porter plainte et faire pratiquer une autopsie. De telles procédures existent déjà en cas d'octroi d'une pension de survie lorsque le conjoint est décédé des suites d'une maladie professionnelle.

M. Jef Valkeniers (VLD) signale qu'actuellement en cas de suicide, les assurances interviennent lorsque la police d'assurance a été conclue deux ans auparavant. On considère dans ce cas que la personne était malade.

Art. 16

M. Hubert Brouns (CD&V) rappelle que le Conseil d'État a fait remarquer le manque de précision en ce qui concerne la date d'entrée en vigueur de la loi.

Il propose que la présente loi n'entre en vigueur qu'après l'adoption de la loi sur les soins palliatifs et de la loi sur les droits du patient.

Il suggère dès lors de modifier la disposition comme suit : « À l'exception des articles 6, 7, 10 et 11, la présente loi entre en vigueur à une date à déterminer par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres. ».

*
* *

Au cours de sa réunion du 15 janvier 2002, la commission a examiné les différentes options qui avaient été retenues lors de la réunion précédente. Un vote est intervenu sur ces différentes options qui a permis de dégager l'avis repris ci-après. Le rapport relatif aux votes doit être lu conjointement avec la discussion des articles étant donné que les observations formulées pendant les votes ont déjà été reprises en grande partie dans le rapport relatif à la discussion des articles.

IV. — **STEMMINGEN**

OPSCHRIFT

Opties :

1. Het opschrift behouden :
Deze optie is aangenomen met 7 tegen 5 stemmen en één onthouding.

2. Het opschrift wijzigen als volgt :
« Wetsontwerp houdende bescherming van de waardigheid van de mens bij zijn levenseinde ».
Deze optie wordt verworpen met 11 tegen 3 stemmen en één onthouding.

3. Het opschrift wijzigen als volgt :
« Wetsontwerp betreffende de euthanasie en de hulp bij zelfdoding ».
Deze optie wordt verworpen met 12 stemmen tegen één en één onthouding.

Art. 2

Definitie

1. De definitie behouden zoals ze werd geredigeerd.
Deze optie wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 7 en één onthouding.

2. De definitie wijzigen als volgt :
« Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levenbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt, gelet op de ondraaglijke en onbehandelbare pijn waaraan de patiënt lijdt en de medisch uitzichtloze terminale situatie waarin hij zich bevindt ».

Deze optie wordt verworpen met 8 tegen 6 stemmen en 2 onthoudingen.

3. De definitie vervolledigen door de volgende woorden *in fine* toe te voegen : « teneinde niet te lenigen lijden te verzachten ».
Deze optie wordt verworpen met 11 stemmen tegen één en 4 onthoudingen.

4. De commissie vraagt zich af of deze wet niet in juridische bescherming moet voorzien ten aanzien van een apotheker die, door het afleveren van een euthanaticum, zou kunnen worden beschuldigd van medeplichtigheid aan doodslag.
Dit advies wordt aangenomen met 11 stemmen tegen 3 en 2 onthoudingen.

IV. — **VOTES**

INTITULÉ

Options retenues :

1. Maintenir l'intitulé :
Cette option est adoptée par 7 voix contre 5 et une abstention.

2. Modifier l'intitulé comme suit :
« Projet de loi visant la protection de la dignité des personnes dans leur fin de vie ».
Cette option est rejetée par 11 voix contre 3 et une abstention.

3. Modifier l'intitulé comme suit :
« Projet de loi relatif à l'euthanasie et à l'assistance au suicide ».
Cette option est rejetée par 12 voix contre une et 1 abstention.

Art. 2

Définition

1. Maintenir la définition telle que rédigée.
Cette option est adoptée par 8 voix contre 7 et une abstention.

2 Modifier la définition comme suit :
« Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'un patient, à la demande de celui-ci, en raison des souffrances insupportables et intraitables que celui-ci endure et de l'état terminal sans issue dans lequel il se trouve d'un point de vue médical ».
Cette option est rejetée par 8 voix contre 6 et 2 abstentions.

3. Compléter la définition en ajoutant *in fine* les mots « afin de soulager les souffrances irréductibles ».

Cette option est rejetée par 11 voix contre une et 4 abstentions.

4. La commission s'interroge sur la nécessité de prévoir dans la présente loi une protection juridique pour le pharmacien qui, en délivrant un produit euthanasique, pourrait être accusé de complicité d'homicide.

Cet avis est adopté par 11 voix contre 3 et 2 abstentions.

Art. 3

Artikel 3 schrappen.

Deze optie wordt verworpen met 12 stemmen tegen 2 en 3 onthoudingen.

Art. 3, § 1

1. De praragraaf behouden zoals hij werd geredigeerd.

Deze optie wordt aangenomen met 10 stemmen tegen 5 en 2 onthoudingen.

2. De commissie stelt zich vragen over het onderscheid dat de tekst maakt tussen meerderjarige en minderjarige patiënten die zich in dezelfde terminale situatie zouden bevinden.

Dit advies wordt aangenomen met 10 tegen 3 stemmen en 3 onthoudingen.

3. De commissie is van oordeel dat zuiver psychiatrisch lijden nooit aanleiding kan geven tot euthanasie.

Dit advies wordt eenparig aangenomen.

4. De eerste zin vervangen als volgt : « De arts die euthanasie toepast, moet zich ervan verzekeren dat de volgende bijzondere voorwaarden cumulatief zijn vervuld : ».

Deze optie wordt verworpen met 12 stemmen tegen 4 en één onthouding.

5. Bij het 3e streepje het woord « terminale » invoegen tussen de woorden « medisch uitzichtloze » en het woord « toestand ».

Deze optie wordt verworpen met 8 tegen 8 stemmen en één onthouding.

6. Een 4e streepje toevoegen dat stelt dat de patiënt zijn levenseinde heeft bereikt en dat hij binnen afzienbare tijd zal overlijden. De door de arts toegepaste euthanasie moet het enige middel zijn om de pijn van de patiënt te lenigen nadat alle andere mogelijkheden werden overwogen.

Deze optie wordt verworpen met 10 stemmen tegen 5 en 2 onthoudingen.

7. Een 4e streepje toevoegen luidend als volgt :

« — elke morele, curatieve en palliatieve bijstand werd verleend aan de patiënt; ».

Deze optie wordt verworpen met 10 tegen 6 stemmen en één onthouding.

8. Euthanasie invoegen in het Strafwetboek.

Art. 3

Supprimer l'article 3.

Cette option est rejetée par 12 voix contre 2 et 3 abstentions.

Art. 3, § 1er

1. Maintenir le § 1er tel que rédigé.

Cette option est adoptée par 10 voix contre 5 et 2 abstentions.

2. La commission s'interroge sur la différence que le texte opère entre les patients majeurs et mineurs qui se trouveraient dans une même situation terminale.

Cet avis est adopté par 10 voix contre 3 et 3 abstentions.

3. La commission est d'avis que la seule souffrance psychiatrique du patient ne peut jamais conduire à l'euthanasie.

Cet avis est adopté à l'unanimité.

4. Remplacer la première phrase comme suit : « Le médecin qui pratique une euthanasie doit s'assurer que les conditions particulières suivantes ont été remplies de manière cumulative : ».

Cet avis est rejeté par 12 voix contre 4 et une abstention.

5. Au 3e tiret, ajouter le mot « terminale » entre le mot « médicale » et les mots « sans issue ».

Cette option est rejetée par 8 voix contre 8 et une abstention.

6. Ajouter un 4e tiret qui précise que le patient doit être en fin de vie et que son décès est prévu à brève échéance. L'acte d'euthanasie posé par le médecin doit constituer le seul moyen pour soulager les souffrances du patient après avoir envisagé toutes les autres solutions.

Cette option est rejetée par 10 voix contre 5 et 2 abstentions.

7. Ajouter un 4e tiret stipulant :

« — que toute l'assistance morale, curative et palliative a été fournie au patient; ».

Cette option est rejetée par 10 voix contre 6 et une abstention.

8. Insérer l'euthanasie dans le code pénal.

Deze optie wordt verworpen met 9 stemmen tegen 5 en 3 onthoudingen.

Art. 3, § 2, 1°

1. De commissie is van oordeel dat de arts de patiënt moet inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, dat hij met de patiënt moet overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden en hun gevolgen bespreken, *en, na overleg met de palliatieve ondersteuningsequipe van de eigen instelling of het plaatselijk samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg, met de patiënt de mogelijkheden van de palliatieve zorg en hun gevolgen bespreken*.

Dit advies wordt eenparig aangenomen.

2. Een 4e streepje toevoegen luidend als volgt :

« — euthanasie het enige middel is om de pijn van de patiënt te lenigen; ».

Deze optie wordt verworpen met 10 stemmen tegen één en 6 onthoudingen.

Art. 3, § 2 , 2°

1. Het 2° behouden zoals het werd geredigeerd.

Deze optie wordt aangenomen met 11 stemmen tegen 6.

2. Het 2°, eerste zin, vervangen als volgt :

« — zich ervan verzekeren dat de voorwaarden als bedoeld in § 1 vervuld zijn ».

Deze optie wordt verworpen met 13 tegen 4 stemmen.

Art. 3, § 2, 3°

1. Het 3° behouden zoals het werd geredigeerd.

Deze optie wordt aangenomen met 11 tegen 5 stemmen.

2. De commissie is van oordeel dat er dient te worden gepreciseerd wat men bedoelt met de onafhankelijkheid van de geraadpleegde arts ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelend arts.

Dit advies wordt verworpen met 7 tegen 7 stemmen en 2 onthoudingen.

3. De commissie is van oordeel dat de geraadpleegde arts zich moet uitpreken over het verzoek van de patiënt en moet verifiëren dat de onder § 1 bedoelde voorwaarden nageleefd werden. Hij raadpleegt het medisch dossier en stelt een verslag op van zijn bevindingen.

Cette option est rejetée par 9 voix contre 5 et une abstention.

Art. 3, § 2, 1°

1. La commission est d'avis que le médecin doit informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences, envisager avec le patient les possibilités de soins palliatifs et leurs conséquences après concertation avec l'équipe de soutien en soins palliatifs de l'institution même ou avec les associations locales en matière de soins palliatifs.

Cet avis est adopté à l'unanimité.

2. Ajouter un 4e tiret stipulant :

« — que l'acte d'euthanasie constitue le seul moyen de soulager les souffrances du patient; ».

Cette option est rejetée par 10 voix contre une et 6 abstentions.

Art. 3, § 2, 2°

1. Maintenir le 2° tel qu'il est rédigé.

Cette option est adoptée par 11 voix contre 6.

2. Remplacer la première phrase du 2° par ce qui suit :

« — s'assurer que les conditions prévues aux § 1er ont bien été respectées ».

Cette option est rejetée par 13 voix contre 4.

Art. 3, § 2, 3°

1. Maintenir le 3° tel que rédigé.

Cette option est adoptée par 11 voix contre 5.

2. La commission est d'avis qu'il convient de préciser ce que l'on entend par l'indépendance du médecin consulté tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant.

Cet avis est rejeté par 7 voix contre 7 et 2 abstentions.

3. La commission est d'avis que le médecin consulté doit se prononcer sur la demande du patient et vérifier si les conditions mentionnées au § 1er sont respectées. Il consulte le dossier médical et rédige un rapport de ses constatations.

Dit advies wordt verworpen met 11 stemmen tegen 4 en 2 onthoudingen.

Art. 3, § 2, 4°

1. De commissie is van oordeel dat de arts niet alléén het advies moet vragen van het verplegend team maar ook het advies van het palliatieve team, indien er één is.
Dit advies wordt verworpen met 9 stemmen tegen 6 en 2 onthoudingen.

2. De commissie is van oordeel dat de huisarts moet worden geraadpleegd indien er één is.
Dit advies wordt aangenomen met 16 stemmen en één onthouding.

Art. 3, § 2, 5°

Over dit lid brengt de commissie geen advies uit.

Art. 3, § 2, 6°

Over dit lid brengt de commissie geen advies uit.

Art. 3, § 2, 7° (*nieuw*)

De commissie is van oordeel dat de levensbeëindiging op een medisch zorgvuldige manier moet gebeuren.
Dit advies wordt verworpen met 13 stemmen tegen 3 en één onthouding.

Art. 3, § 3

1. Deze paragraaf behouden.
Deze optie wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 8.

2. Deze paragraaf schrappen.
Deze optie wordt verworpen met 9 stemmen tegen 8.

Art. 3, § 4

De commissie is van oordeel dat het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld ten vroegste nadat de in § 2 beschreven procedure is gevolgd.
Dit advies wordt verworpen met 12 stemmen tegen 4 en één onthouding.

Cet avis est rejeté par 11 voix contre 4 et 2 abstentions.

Art. 3, § 2, 4°

1. La commission est d'avis que le médecin doit non seulement demander l'avis de l'équipe soignante mais également l'avis de l'équipe palliative, s'il en existe une.
Cet avis est rejeté par 9 voix contre 6 et 2 abstentions.

2. La commission est d'avis que le médecin généraliste doit être consulté, s'il en existe un.
Cet avis est adopté par 16 voix et une abstention.

Art. 3, § 2, 5°

La commission n'émet pas d'avis à cet alinéa.

Art. 3, § 2, 6°

La commission n'émet pas d'avis à cet alinéa

Art. 3, § 2, 7° (*nouveau*)

La commission estime que l'acte d'euthanasie doit être accompli avec toute la rigueur médicale nécessaire.
Cet avis est rejeté par 13 voix contre 3 et une abstention.

Art. 3, § 3

1. Maintenir le paragraphe.
Cette option est adoptée par 9 voix contre 8.

2. Supprimer le paragraphe.
Cette option est rejetée par 9 voix contre 8.

Art. 3, § 4

La commission est d'avis que la demande du patient doit être actée par écrit au plus tôt après que la procédure décrite au § 2 a été suivie.
Cet avis est rejeté par 12 voix contre 4 et une abstention.

Art. 4

HOOFDSTUK III

Wilsverklaring

1. Hoofdstuk III schrappen.
Deze optie wordt verworpen met 11 stemmen tegen 6.

2. Een streepje toevoegen dat stelt dat de arts mag handelen indien hij vaststelt dat de patiënt zich in een situatie van levenseinde bevindt en dat zijn overlijden binnen afzienbare tijd is voorzien.
Deze optie wordt verworpen met 10 stemmen tegen één en 6 onthoudingen.

3. Een streepje toevoegen dat stelt dat de door een arts toegepaste levensbeëindiging het enige middel moet zijn om het lijden van de patiënt te lenigen en dat alle andere oplossingen werden overwogen.
Deze optie wordt verworpen met 10 stemmen tegen één en 6 onthoudingen.

4. Een streepje toevoegen dat stelt dat de patiënt niet zwanger is van een levensvatbaar kind.
Deze optie wordt verworpen met 10 stemmen tegen één en 6 onthoudingen.

5. De commissie is van oordeel dat de wilsverklaring alléén van toepassing is wanneer de patiënt volgens de stand van de wetenschap op onomkeerbare wijze niet meer bij bewustzijn is en dat de wilsverklaring daarentegen niet geldt wanneer de patiënt slechts op *onomkeerbare* wijze wilsonbekwaam geworden is. Op een in een wilsverklaring vastgesteld verzoek tot euthanasie bij dementie kan niet ingegaan worden.

Dit advies wordt aangenomen met 13 tegen 4 stemmen.

6. Een streepje toevoegen dat stelt dat de arts mag handelen indien hij vaststelt dat de patiënt zich in een situatie van levenseinde bevindt en dat zijn overlijden binnen afzienbare tijd is voorzien.
Deze optie wordt verworpen met 10 stemmen tegen één en 6 onthoudingen.

7. Een streepje toevoegen dat stelt dat de door een arts toegepaste levensbeëindiging het enige middel moet zijn om het lijden van de patiënt te lenigen en dat alle andere oplossingen werden overwogen.
Deze optie wordt verworpen met 10 stemmen tegen één en 6 onthoudingen.

Art. 4

CHAPITRE III

Déclaration anticipée

1. Supprimer le Chapitre III.
Cette option est rejetée par 11 voix contre 6.

2. Ajouter un tiret stipulant que le médecin peut agir s'il constate que le patient se trouve dans une situation de fin de vie et que son décès est prévu à brève échéance.
Cette option est rejetée par 10 voix contre une et 6 abstentions.

3. Ajouter un tiret stipulant que l'acte d'euthanasie posé par le médecin doit constituer le seul moyen pour soulager le patient après avoir envisagé toutes les autres solutions.
Cette option est rejetée par 10 voix contre une et 6 abstentions.

4. Ajouter un tiret précisant que le patient ne peut pas être une femme enceinte d'un enfant viable.
Cette option est rejetée par 10 voix contre une et 6 abstentions.

5. La commission est d'avis que la déclaration anticipée n'est d'application que lorsque le patient est inconscient et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science et que par contre cette déclaration ne vaut pas dans le cas où le patient est seulement devenu irrémédiablement incapable d'exprimer sa volonté. En cas de démence, il ne peut être accédé à une demande d'euthanasie consignée dans une déclaration anticipée.
Cette option est adoptée par 13 voix contre 4.

6. Ajouter un tiret stipulant que le médecin peut agir s'il constate que le patient se trouve dans une situation de fin de vie et que son décès est prévu à brève échéance.
Cette option est rejetée par 10 voix contre une et 6 abstentions.

7. Ajouter un tiret stipulant que l'acte d'euthanasie posé par le médecin doit constituer le seul moyen pour soulager le patient après avoir envisagé toutes les autres solutions.
Cette option est rejetée par 10 voix contre une et 6 abstentions.

8. De commissie is van oordeel dat de arts niet alléén het advies moet vragen van het verplegend team maar ook het advies van het palliatieve team, indien er één is.

Dit advies wordt verworpen met 9 stemmen tegen 7 en één onthouding.

Art. 5

HOOFDSTUK IV

Aangifte

Over dit artikel brengt de commissie geen advies uit.

FEDERALE CONTROLE- EN EVALUATIECOMMISSIE

Art. 6

§ 3 als volgt vervangen :

« § 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op. Voor de uitoefening van haar controletaken, bedoeld in artikel 8, kan de commissie uit haar leden een Nederlandstalige en een Franstalige kamer samenstellen. ».

Deze optie wordt verworpen met 11 stemmen tegen één en 5 onthoudingen.

Art. 7

De eerste zin vervangen als volgt :

« *De Koning* stelt een registratiedocument op dat door de arts moet worden ingevuld telkens wanneer hij euthanasie toepast. ».

Deze optie wordt verworpen met 11 stemmen tegen 6.

Art. 8

1. In het derde lid, de woorden « tweederde meerderheid » vervangen door « gewone meerderheid ».

Deze optie wordt verworpen met 11 stemmen tegen 6.

2. De commissie is van oordeel dat de behandelende arts, zodra hij ervan kennis heeft dat de anonimiteit opgeheven is, kan vragen om door de commissie gehoord te worden om zijn handelwijze toe te lichten.

Dit advies wordt aangenomen met 15 stemmen en 2 onthoudingen.

8. La commission est d'avis que le médecin doit non seulement demander l'avis de l'équipe soignante mais également l'avis de l'équipe palliative, s'il en existe une.

Cet avis est rejeté par 9 voix contre 7 et une abstention.

Art. 5

CHAPITRE IV

De la déclaration

La commission n'émet pas d'avis à cet article.

COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION

Art. 6

Remplacer le § 3 par ce qui suit :

« § 3. La commission arrête son règlement d'ordre intérieur. Pour l'exercice de ses missions de contrôle, visées à l'article 8, la commission peut constituer en son sein une chambre française et une chambre néerlandaise. ».

Cette option est rejetée par 11 voix contre une et 5 abstentions.

Art. 7

Modifier la première phrase comme suit :

« Le Roi établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie. ».

Cette option est rejetée par 11 voix contre 6.

Art. 8

1. Au 3e alinéa, remplacer les mots « majorité des deux tiers » par les mots « majorité simple ».

Cette option est rejetée par 11 voix contre 6.

2. La commission est d'avis que, dès qu'il est averti de la levée de l'anonymat, le médecin traitant peut demander à être entendu par la commission afin d'expliciter sa démarche.

Cet avis est adopté par 15 voix et 2 abstentions.

Art. 9

In punt C), de woorden « inzake de uitvoering van deze wet » vervangen door de woorden « die kunnen leiden tot een betere medische begeleiding en psychosociale opvang van ongeneeslijke zieken, inzonderheid de verbetering en uitbreiding van de palliatieve zorgverlening ».

Deze optie wordt verworpen met 11 stemmen tegen 6.

Art. 10 tot 13

Over deze artikelen, brengt de commissie geen advies uit.

Art. 14

Bijzondere bepalingen

1. Het artikel behouden zoals het werd geredigeerd.

Deze optie wordt aangenomen met 10 stemmen tegen 6 en één onthouding.

2. In het derde lid toevoegen dat geen medische of verzorgingsinstelling kan gedwongen worden mee te werken aan het toepassen van euthanasie.

Deze optie wordt verworpen met 11 stemmen tegen 6.

3. In dit artikel preciseren dat alleen een arts euthanasie mag toepassen.

Deze optie wordt verworpen met 11 stemmen tegen één en 5 onthoudingen.

4. De commissie is van oordeel dat de apotheker moet worden geïnformeerd dat het product dat hij aflevert zal dienen om euthanasie toe te passen. De commissie stelt zich vragen of het duidelijk is dat ook de apotheker steeds het recht heeft om het afleveren van een euthanaticum te weigeren.

Dit advies wordt eenparig aangenomen.

Art. 15

1. Het artikel behouden zoals het werd geredigeerd.

Deze optie wordt aangenomen met 10 stemmen tegen 5 en 2 onthoudingen.

2. Na het eerste lid, een tweede lid toevoegen luidend als volgt :

« Tenzij anders is bedongen, dekt de levensverzekering de euthanasie niet die op basis van artikel 3, § 3, van deze wet minder dan één jaar na de inwerkingtreding van de overeenkomst, de wederinwerkingstelling

Art. 9

Dans le c), remplacer les mots « concernant l'exécution de la présente loi » par les mots « pouvant améliorer l'accompagnement médical et l'accueil psychosocial des malades incurables, et notamment améliorer et étendre l'offre de soins palliatifs. ».

Cette option est rejetée par 11 voix contre 6.

Art. 10 à 13

La commission ne formule aucun avis à ces articles.

Art. 14

Dispositions particulières

1. Maintenir l'article tel que rédigé.

Cette option est adoptée par 10 voix contre 6 et une abstention.

2. Ajouter à l'alinéa 3 qu'aucune institution médicale ou institution de soins n'est tenue de pratiquer une euthanasie.

Cette option est rejetée par 11 voix contre 6.

3. Préciser à cet article que l'euthanasie ne peut être pratiquée que par un médecin.

Cette option est rejetée par 11 voix contre une et 5 abstentions.

4. La commission est d'avis que le pharmacien doit être informé que le produit qu'il délivre va servir à pratiquer une euthanasie. La commission se demande s'il est bien clair que le pharmacien a toujours le droit de refuser de délivrer un produit euthanasique.

Cet avis est adopté à l'unanimité.

Art. 15

1. Maintenir l'article tel qu'il est rédigé.

Cette option est adoptée par 10 voix contre 5 et 2 abstentions.

2. Après l'alinéa 1er, insérer un alinéa 2 rédigé comme suit :

« Toutefois, sauf convention contraire, l'assurance sur la vie ne couvre pas l'euthanasie pratiquée sur la base de l'article 3, § 3 de la présente loi moins d'un an après la prise d'effet du contrat, sa remise en vigueur ou l'aug-

ervan of de verhoging van de overlijdenswaarborgen wat die verhoging betreft, wordt toegepast. Op voorwaarde dat de verzekeraar de voorafgaande toestemming van de verzekerde aantoont, bezorgt diens arts de adviserende arts van de verzekeraar een attest waaruit blijkt dat het overlijden niet voortvloeit uit een euthanasie die op basis van artikel 3, § 3 van deze wet werd toegepast. »

Deze optie wordt verworpen met 10 stemmen tegen 5 en 2 onthoudingen.

Art. 16

Dit artikel vervangen door de volgende bepaling :

« Met uitzondering van de artikelen 6, 7, 10 en 11 treedt deze wet in werking op een door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, te bepalen datum. ».

Deze optie wordt verworpen met 11 stemmen tegen 6.

STRAFBEPALINGEN (*nieuw*)

De commissie is van oordeel dat er in strafbepalingen moet worden voorzien.

Deze optie wordt verworpen met 9 stemmen tegen 7 en één onthouding.

*
* *

Onderhavig verslag werd eenparig goedgekeurd (artikel 18.5 van het Reglement).

De rapporteurs, *De voorzitter,*

ANNE-MIE DESCHEEMAEKER
JOSE VANDE WALLE

YOLANDE AVONTROODT

mentation des garanties décès pour ce qui concerne cette augmentation. Pour autant que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci transmet au médecin-conseil de l'assureur un certificat attestant que le décès ne résulte pas d'une euthanasie pratiquée sur la base de l'article 3, § 3 de la présente loi. ».

Cette option est rejetée par 10 voix contre 5 et 2 abtentions.

Art. 16

Remplacer cet article par la disposition suivante :

« À l'exception des articles 6, 7, 10 et 11, la présente loi entre en vigueur à une date à déterminer par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres. ».

Cette option est rejetée par 11 voix contre 6.

DISPOSITIONS PÉNALES (*nouveau*)

La commission est d'avis qu'il convient de prévoir des dispositions pénales.

Cet avis est rejeté par 9 voix contre 7 et une abstention.

*
* *

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité. (article 18.5 du Règlement).

Les rapporteurs, *La présidente,*

ANNE-MIE DESCHEEMAEKER
JOSE VANDE WALLE

YOLANDE AVONTROODT

Deze publikatie wordt uitsluitend gedrukt op volledig gerecycleerd papier
Cette publication est imprimée exclusivement sur du papier entièrement recyclé

0402/8631
I.P.M. COLOR PRINTING
☎02/218.68.00