

SÉANCES DU MERCREDI 10 DÉCEMBRE 1997
VERGADERINGEN VAN WOENSDAG 10 DECEMBER 1997

MATIN

SOMMAIRE :

EXCUSÉS :

Page 3923.

DÉBAT SUR L'EUTHANASIE (Reprise) :

Orateurs : **MM. Vandenberghe, Lallemand, Coveliers, Erdman, Foret**, p. 3923.

APRÈS-MIDI

SOMMAIRE :

EXCUSÉS :

Page 3937.

DÉBAT SUR L'EUTHANASIE (Reprise) :

Orateurs : **Mme Willame-Boonen, MM. Buelens, Loones, Mme Dardenne, M. Boutmans, Mme Leduc, MM. D'Hooghe, Mahoux, Mmes Mayence-Goossens, Milquet, M. Chantraine, Mme Delcourt-Pêtre, MM. Vandenberghe, Foret, Lallemand, M. le président**, p. 3937.

HOMMAGE À MME BRIBOSIA-PICARD :

Orateurs : **M. le président, MM. Vandenberghe, Lallemand, Mme Dardenne, MM. Erdman, Coveliers, Loones, Mmes Milquet, Willame-Boonen, Bribosia-Picard**, p. 3954.

Ann. parl. Sénat de Belgique - Session ordinaire 1997-1998
Parlem. Hand. Belgische Senaat - Gewone zitting 1997-1998

OCHTEND

INHOUDSOPGAVE :

VERONTSCHULDIGD :

Bladzijde 3923.

EUTHANASIEDEBAT (Hervatting) :

Sprekers : **de heren Vandenberghe, Lallemand, Coveliers, Erdman, Foret**, blz. 3923.

NAMIDDAG

INHOUDSOPGAVE :

VERONTSCHULDIGD :

Bladzijde 3937.

EUTHANASIEDEBAT (Hervatting) :

Sprekers : **mevrouw Willame-Boonen, de heren Buelens, Loones, mevrouw Dardenne, de heer Boutmans, mevrouw Leduc, de heren D'Hooghe, Mahoux, de dames Mayence-Goossens, Milquet, de heer Chantraine, mevrouw Delcourt-Pêtre, de heren Vandenberghe, Foret, Lallemand, de voorzitter**, blz. 3937.

HULDE AAN MEVROUW BRIBOSIA-PICARD :

Sprekers : **de voorzitter, de heren Vandenberghe, Lallemand, mevrouw Dardenne, de heren Erdman, Coveliers, Loones, de dames Milquet, Willame-Boonen, Bribosia-Picard**, blz. 3954.

SÉANCE DU MATIN — OCHTENDVERGADERING

PRÉSIDENTICE DE M. SWAELEN, PRÉSIDENT VOORZITTERSCHAP VAN DE HEER SWAELEN, VOORZITTER

Le procès-verbal de la dernière séance est déposé sur le bureau.
De notulen van de jongste vergadering worden ter tafel gelegd.

La séance est ouverte à 10 h 05.
De vergadering wordt geopend om 10.05 uur.

EXCUSÉS — VERONTSCHULDIGD

MM. Staes et Urbain, en mission à l'étranger, demandent d'excuser leur absence à la réunion de ce jour.

Afwezig met bericht van verhindering: de heren Staes en Urbain, met opdracht in het buitenland.

— Pris pour information.

Voor kennisgeving aangenomen.

EUTHANASIE — EUTHANASIE

Hervatting van het debat — Reprise du débat

De voorzitter. — Dames en heren, wij hervatten het euthanasie-debat.

Nous reprenons le débat sur l'euthanasie.

Het woord is aan de heer Vandenberghe.

De heer Vandenberghe (CVP). — Mijnheer de voorzitter, bij de aanvang van dit parlementaire debat over het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek, dank ik namens de CVP-fractie het comité voor het geleverde werk. Het geformuleerde advies is ongetwijfeld een waardevolle bijdrage tot verzakelijking en objectivering van het debat. Het is ook waardevol omdat er werd gestreefd naar standpunten met een gemeenschappelijk karakter. Ik hoop dat in deze reflectiekamer daarvan iets terug te vinden.

Een parlementair debat aansnijden over de wenselijkheid van een wettelijke regeling van euthanasie, gebeurt niet zonder schroom. Een politiek en wetgevend debat van die aard neemt gemakkelijk een abstracte vorm aan die niet altijd recht doet aan de casuïstiek van de concrete gevallen. Zo een debat geeft ook zelden een rechtstreeks of onmiddellijk antwoord op complexe voorbeeldvragen. De politici en de wetgever worden nu eenmaal altijd uitgedaagd om een algemene regel te formuleren die van aard is greep te krijgen op het gedrag van de mens. Wanneer de beschermingsgrens van het menselijk leven aan de orde is, is het antwoord op de vraag of dit bij wijze van algemene regel dient te gebeuren onafwendbaar.

Niettegenstaande de interne logica van dit standpunt blijft de vaststelling dat in een dergelijk debat niet altijd voldoende recht wordt gedaan aan de persoonlijke situatie van de stervende. Het

inlevingsvermogen voor de buitenstaander blijft existentieel beperkt. Dit doet mij denken aan de Franse kardinaal die ongeneeslijk ziek was en die aan het einde van zijn leven aan een vriend toevertrouwde: «Ik heb dikwijls uiteenzettingen gegeven over de zin van het leven, vandaag zou ik vanuit mijn persoonlijke situatie een totaal ander discours houden.» Dit getuigenis illustreert de noodzakelijke beperktheid van iedere algemene benadering van het probleem van het menswaardig levenseinde. Enige schroom is hier derhalve op zijn plaats. Toch moeten wij pogen daarover een uitspraak te formuleren.

Een ander element dat ik bij wijze van inleiding wens te onderstrepen, is de vaststelling dat vaak wordt gesproken over het maatschappelijk taboe van de dood. De vraag is wat men daarmee precies bedoelt. Iedere dag wordt de dood in de media opgevoerd. Meestal gaat het echter om verre spectaculaire toestanden in Zaïre en Bosnië bijvoorbeeld of om aanslagen of ongevallen. Over deze dood bestaat er geen taboe. Het taboe betreft de intieme dood, die ons allen een dag zal treffen en die het hart van ons leven raakt. Deze dood wordt dikwijls omsluitend en ontdaan van zijn diepe menselijke dimensie. Hoe dichter de dood de stervende nadert, hoe meer de verwanten zich soms verwijderen.

De Russische dichter Chestov schreef dat de doodsengel vleugels heeft met ogen. Wanneer hij een van ons benadert, reikt hij meteen nieuwe ogen aan, afkomstig van de engelvleugel. Deze nieuwe ogen doorzien de oppervlakkige schijn van het leven. Het is wel degelijk deze innerlijke blik, die reikt over de grenzen van de onmiddellijke zichtbare horizon, die in een extroverte samenleving wordt bedekt.

De dood is een levensgebeurtenis, *une réalité rigoureuse* schreef Teilhard de Chardin, een realiteit die ons aanspoort om bewust te zijn van onze diepe waarden en die ons uitnodigt om na te denken, creatief te zijn en ruimte te laten voor zingeving.

Wat stellen wij nu vast. Ten eerste dat de discussie moet worden verruimd, ten tweede dat ethische problemen in een nieuw perspectief worden gesteld en ten derde dat een pluralistische overheid wordt geconfronteerd met de vraag hoe zij hiermee moet omgaan.

In de nota die de CVP-senaatsfractie heeft ingediend, hebben wij onderstreept dat het leven voor ons geen relatieve maar een autonome waarde heeft. In het bijzonder bij de stervende mens en de zwakke mens is een effectieve rechtsbescherming verantwoord en noodzakelijk. Dit betekent dat het debat moet worden verruimd van euthanasie naar een waardig levenseinde. De diver-

siteit van feiten en vragen mag in de discussie geen onrecht worden aangedaan. De gesprekken kunnen en mogen niet worden gereduceerd tot een discussie voor of tegen penaliserende euthanasie, voor of tegen de wijziging van de strafwet. Dit is een louter strafrechtelijk discours en zou een al te mechanische visie op recht en politiek weergeven.

Er moet een andere weg worden gevolgd. De CVP-senaatsfractie volgt de weg van het mensenrechtendiscours. Artikel 23 van de Grondwet verzekert een menswaardig leven; dit betekent zeker ook een menswaardig levenseinde. Daartoe hebben wij de strafwet nodig. De strafwet is onmisbaar om het leven te beschermen, maar zij is niet voldoende om een waardig levenseinde te verzekeren. Zij bereikt de grote complexiteit van de omgang met de stervende niet en sluit niet uit dat bij het naderende levenseinde fundamentele rechten en vrijheden van de patiënt in het gedrang kunnen worden gebracht.

De tweede vaststelling is dat door de wetenschappelijke ontwikkelingen zich steeds nieuwe ethische problemen aandienen. De vraag is of wij de wetenschappelijke vooruitgang of het medisch inzicht zonder meer dienen te volgen. Is het de wetenschappelijke waarde die de waardenorm uitmaakt om te legiferen of verhult de wetenschappelijke waarde andere waarden waardoor ze tot een waardenvrijheid leidt?

De CVP meent dat wetenschappelijk en medisch onderzoek natuurlijk moeten worden gesteund en bevorderd. Dit moet echter worden begrensd door de betekenis van de mens. Het wetenschappelijk onderzoek mag de mens niet ondergeschikt maken, het mag geen meester zijn over de mens, maar moet ten dienste worden gesteld van de mens en de natuur. Dit betekent dan ook dat aan wetenschappelijk onderzoek en aan medisch handelen bepaalde grenzen kunnen worden gesteld.

Voor de CVP is de menselijke waardigheid een dergelijke grens, ook al kan de ideologische achtergrond van het begrip menselijke waardigheid verschillen. Voor ons is de mens uniek en komt hij tot ontplooiing in relatie met het gelaat van de andere. De relationele betekenis van de mens moet ook door de rechtsorde naar waarde worden geschat. Dit geldt zeker ook voor de weerbare mens, maar vooral voor het kwetsbare en gebroken leven.

Het oordeel over medisch-ethische vragen kan dus niet waardenvrij zijn, maar wordt mede bepaald door het beeld van de mens en zijn plaats in de samenleving. Zorgzame solidariteit en eigen verantwoordelijkheid staan hierbij niet haaks op elkaar, maar vullen elkaar aan.

Een derde vaststelling is dat onze samenleving een pluralistische samenleving is. Dit heeft ertoe geleid dat zelfs over de meest essentiële uitgangspunten zoals leven, sterven en dood soms een verschil van mening bestaat. De vraag rijst dan ook wat de taak van de overheid is bij het omgaan met nieuwe wetenschappelijke problemen waarover in de maatschappij discussie is.

De geschiedenis leert ons en in de toekomst zal ook blijken dat de vorm waarin overheidsgezag wordt georganiseerd, variabel is. De kern blijft evenwel constant. Thomas Hobbes geeft in sombere tinten een negatief geformuleerde omschrijving van deze kern, die als klassiek wordt aangezien.

Men kan het echter ook positiever uitdrukken en de overheid zien als het cultuurinstrument dat de beschaving mogelijk maakt: de hoeder van het geweldsmonopolie, de bedeler van recht en orde, de organisator van solidariteit tussen burgers, de politieke organisatievorm van een natie, de garantie voor een ordelijke en doorgaans vredige ontwikkeling van de samenleving en de hoeder van de individuele vrijheid. Wanneer deze publieke taak wordt weggerelativeerd of ondergaat in een zee van onverschilligheid en utiliteitsdenken, kan het nieuwe grote verhaal een onaangename wending nemen.

Het gaat hierbij niet om meer of minder inmenging van de overheid. Waar het wel om gaat is, dat de Staat en dus de rechtsorde in vele opzichten het dak zijn van het huis van onze gemeenschap. Dit dak mag niet worden verwaarloosd. De politiek heeft derhalve de opdracht een gemeenschappelijk beschavingskader uit te tekenen waarin velen zich herkennen en dat als maatschappelijke richtsnoer kan functioneren. De effectieve bescherming van het menselijk leven maakt hiervan een essentieel onderdeel uit.

Na deze drie vaststellingen wil ik, in het licht van het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, tot de kern van het debat komen. Ik zal mij beperken tot de punten die door het Raadgevend Comité werden bestudeerd.

Wij hebben het geluk het debat te kunnen starten met een heldere definitie van het begrip euthanasie: het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek. Dit betekent dat een aantal gevallen die indirect als levensbeëindigend of levensverlengend kunnen worden beschouwd, buiten deze euthanasie-problematiek vallen. Op die manier wordt het debat verhelderd. Dit betekent echter niet dat voor deze gevallen geen aandacht zou mogen bestaan. Beslissingen daaromtrent bevinden zich immers vaak in een schemerzone. Indien men de rechten van de patiënt wil beschermen, moet deze schemerzone transparant worden gemaakt. Hierin ligt het essentiële verschil tussen het derde en het tweede voorstel van het Raadgevend Comité.

Het derde voorstel van het comité verruimt het debat. Dit voorstel spreekt niet enkel over de rechten van de stervende mens wanneer het gaat over euthanasie, maar heeft het ook over de rechten van patiënten bij medische beslissingen omtrent het levenseinde, die niet euthanaserend bedoeld zijn.

Wij benaderen dit debat vanuit drie uitgangspunten: een zorgzame samenleving voor een menswaardig levenseinde; het behoud van een strafrechtelijk verbod; het begrip noodtoestand.

De ontwikkeling van een kwalitatief en kwantitatief hoogwaardige gezondheidszorg, ouderenzorg en inzonderheid palliatieve zorg, is een vereiste opdat de vraag naar euthanasie meer preventief dan alternatief zou kunnen worden voorkomen en opdat de extreme situaties waarin het leven wordt prijsgegeven, zich slechts hoogst uitzonderlijk voordoen. De zorgzame samenleving moet ervoor instaan dat mensen tot het einde van hun leven de zekerheid hebben dat hun veiligheid wordt gewaarborgd en dat ze op de solidariteit van anderen kunnen rekenen. Wij beschouwen de zorg voor een waardig levenseinde als een intrinsiek onderdeel van een adequate gezondheidszorg. Net zoals de geboorte, is ook het sterven een sociale gebeurtenis. Wanneer de mens de dood tegemoetreedt en hierbij elke helpende hand ontbreekt, schieten wij te kort in de erkenning van het maatschappelijk karakter van de overgang van leven naar dood.

Het is niet uitgesloten dat door de demografische kosten van de vergrijzing het zorgaanbod onder druk komt te staan. Daarom moet het recht om waardig te sterven maatschappelijk worden geëxpliciteerd en feitelijk worden gewaarborgd. De vraag tot euthanasie is de hoogste vorm van lijden. Enkel een zorgcultuur, die een culturele omslag in denken en handelen vereist, kan deze vraag adequaat beantwoorden.

Het strafrechtelijk verbod op euthanasie dient onverkort te worden gehandhaafd. Op grond van de autonome waarde van het leven, maar ook op grond van artikel 2 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens. Het recht op leven van eenieder wordt beschermd door de wet. Het verdrag bevat uitzonderingen voor de doodstraf en gewelddadige conflicten, maar niet voor de opzettelijke levensbeëindiging, zelfs niet op verzoek van de patiënt. Er moet dus een wettelijke bescherming van het leven zijn in het rechtstelsel. Daarom kunnen wij noch het eerste noch het tweede voorstel van het comité volgen, het eerste voorstel niet omdat het euthanasie beschouwt als een gewone medische handeling en het daarom uit de strafwet licht, het tweede voorstel niet omdat het aan deze strafwet enkel een symbolische betekenis geeft.

De Nederlandse praktijk van het gedoogbeleid toont aan dat de waarborg van de wet voor de patiënt thans ontbreekt. Opzettelijke levensbeëindiging zonder instemming van de betrokken persoon doet zich in Nederland nog steeds voor niettegenstaande de euthanasieregeling. Professor Vermeersch beweert dat de cijfers in ons land nog hoger zijn.

Daarenboven toont de Nederlandse praktijk, die minder aandacht heeft voor palliatieve zorgcultuur, aan dat euthanasie ook als levensbeëindigend middel wordt gebruikt in niet-uitzichtloze situaties. Ook de recente praktijk van de «versterving» roept vragen op.

Het prijsgeven van de rechtsbescherming van het levensbeginsel opent de weg naar willekeur en, wat meer is, naar een onbeschermde behandeling van de stervende mens.

Is dit standpunt strijdig met het zelfbeschikkingsrecht?

Komt dit standpunt neer op het opdringen van een opvatting?

Ik ga niet in op de juridische definitie van het zelfbeschikkingsrecht, maar sta me toe enkele vaststellingen te doen.

Geen enkele wet noch internationale conventie formuleert het zelfbeschikkingsbeginsel positief. Toch vormen een aantal grondrechten, vervat onder meer in internationale verdragen, de verwoording van dit recht. Ze geven het zelfbeschikkingsbeginsel invulling. Dat het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens het recht op privé-leven beschermt, betekent dat de individuele burger de vrijheid heeft zijn privé-leven zelf in te vullen.

Is dit zelfbeschikkingsrecht absoluut? Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de praktijk en de regeling waarin dit recht voor het eerst voorkomt, namelijk het eigendomsrecht. Durft iemand te beweren dat het eigendomsrecht betekent dat de burger soeverein en zonder enige wettelijke beperking het recht heeft om op absoluut vrije wijze te beschikken over zijn goederen? Niemand beweert dit omdat hierbij ook de belangen van derden aan de orde komen. In de milieuwetgeving bijvoorbeeld wordt rekening gehouden met de belangen van de gemeenschap. Met andere woorden, zelfs aan wat het absolute recht werd genoemd — het eigendomsrecht — zijn er grenzen en beperkingen, zonder dat dit als een inbreuk op dat recht wordt beschouwd.

Met betrekking tot de huur- en pachtwetgeving zal evenmin iemand zeggen dat de autonome wil van bijvoorbeeld de huurder of de verhuurder alleen de inhoud van de overeenkomst bepalen, precies omdat de wet de zwakkere of ondergeschikte personen in de contractuele relatie wenst te beschermen. «Bovengeschiedheid» doet zich bij uitstek voor bij het sterven. Wie in onze samenleving is er zwakker en wie dient er meer te worden beschermd dan de stervende mens?

Het is dan ook inconsistent enerzijds te stellen dat in alle maatschappelijke gevallen het zelfbeschikkingsrecht beperkt is, maar anderzijds van oordeel te zijn dat op een ogenblik dat een mens de bescherming van de wet het meest nodig heeft, de vrije wil van een of twee personen absoluut moet gelden om tot de euthanaserende handeling over te gaan.

Wij zijn voorstanders van het zelfbeschikkingsbeginsel, maar stellen vast dat in vrijwel alle situaties grondrechten worden beperkt. Ook in het Europees Verdrag voor de Bescherming van de Rechten van de Mens wordt een beperking op fundamentele rechten aanvaard. De bewering dat het zelfbeschikkingsrecht ook bij het levenseinde aan een toetsing moet worden onderworpen, is dus niet inconsistent. De bedoeling is niet om de stervende te bevoogden om hem voor een rechtbank te dagen, maar wel om hem met kennis van zaken het recht op inspraak en medezeggenschap te garanderen. De geneesheer is in de gegeven situatie immers de bovengeschiedte, de sterkste. Voor het concreet en objectief verloop van deze ultieme besluitvorming dienen dan ook een aantal voorwaarden te worden vervuld.

Ik erken het pluralisme van de opvattingen en wil hier dan ook geen christelijk of confessioneel standpunt verdedigen. De CVP wil meewerken aan de organisatie van een pluralistische samenleving waarin ook haar opvattingen tot uitdrukking komen.

De opdracht van de wetgever bestaat erin een oordeel te vellen over maatschappelijke gebeurtenissen. De geboorte en de dood zijn maatschappelijke gebeurtenissen bij uitstek. Daarover dient de wetgever dus te oordelen.

Geen enkel ander woord dan het woord oordeel drukt beter uit dat er een evenwicht dient te worden gezocht tussen verschillende waarden. Het woord oordeel bevat het begrip «deel». Wie een oordeel velt, moet zorgen dat elkeen zijn «deel» krijgt. Aan het levenseinde moet uiteraard de stervende op de eerste plaats zijn «deel» krijgen, maar ook de verantwoordelijkheid van de arts en de verantwoordelijkheid van de samenleving voor de bescherming van het leven moeten in rekening worden gebracht.

Het leven beschermen is heel wat anders dan het regelen van de relatieve waarde van andere goederen. Ons oordeel dient op een evenwichtige manier rekening te houden met het recht op zelfbe-

schikking, met de bescherming van het menselijk leven en met de belangen en de verantwoordelijkheid van de geneesheer. Het derde voorstel van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek brengt dit evenwicht ons inziens het best tot zijn recht.

Een ander belangrijk beginsel is het aanvaarden van de noodtoestand, niet als een vluchtheuvel, maar als een gegeven werkelijkheid. Het uitstekende verslag van de Beperkte Commissie «Euthanasie» definieert de noodtoestand als een geconcretiseerd conflict. Het begrip noodtoestand wordt overigens in alle West-Europese landen aanvaard; het is geenszins een Belgische uitvinding. De noodtoestand als rechtvaardigingsgrond is een eeuwenoude praktijk zowel in het recht als in de moraal.

Twee plichten komen aan het levenseinde met elkaar in conflict: de plicht om het menselijk leven te beschermen en de plicht om een waardig menselijk leven, en dus ook een waardig levenseinde, te verzekeren. Het conflict tussen deze twee plichten verwerkt de noodtoestand. De waardigheid van het menselijk leven kan alleen worden verzekerd door een levensbeëindigende handeling te stellen. De dood wordt niet gewenst, maar er wordt wel met het oog op het bewaren van de waardigheid een handeling gesteld die de dood tot gevolg heeft.

In juridische taal rijst hier een conflict tussen de toepassing van artikel 2 van het Europees Verdrag voor de Bescherming van de Rechten van de Mens, dat bepaalt dat het recht op leven door de wet moet worden beschermd, en van artikel 3 van datzelfde verdrag, dat bepaalt dat niemand een onmenselijke behandeling moet ondergaan. Het conflict tussen deze twee rechtsbeginselen maakt dat in bepaalde uitzonderlijk zwaarwichtige situaties het euthanaserend handelen wordt aanvaard. Dit vormt weliswaar geen inbreuk op het beginsel dat de strafwet euthanaserend handelen verder moet blijven bestraffen.

Het voorzien in een wettelijke regeling voor euthanasie komt voor de CVP-fractie niet neer op een keuze tussen «neen, tenzij» of «ja, mits». De noodtoestand staat recht en rechtstreeks tegenover de rechtsregel die het leven beschermt. In uitzonderlijke en zwaarwichtige omstandigheden moet deze rechtsregel wijken.

Het laatste punt van mijn uiteenzetting betreft de instrumenten van het beleid. In het verleden bleven discussies over medisch-ethische vragen, waarde-discussies, al te vaak beperkt tot het uitwisselen van theoretische argumenten. Wij moeten onze opvattingen echter concretiseren in een beleid dat onze beginselen geloofwaardig maakt. Voor onze fractie betekent dat de uitbouw van de sector van de palliatieve zorgen, het uitwerken van een nieuwe wetgeving op de aangifte van overlijdens en het regelen van medische beslissingen rond het levenseinde die geen euthanasie zijn.

Tot slot wil ik nog ingaan op de specifieke voorwaarden van het derde voorstel van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, waarover gisteren reeds uitvoerig werd gehandeld.

We zijn fier dat het gedachtegoed dat voor ons belangrijk is, in het Verenigd Koninkrijk aan de basis lag van het organiseren van palliatieve zorg en wij zijn fier dat in ons land de privé-sector deze palliatieve zorg heeft gecreëerd. Ik denk hier meer bepaald aan het bekende en veel gelauwerde initiatief van zuster Leontine. Wij hebben in onze nota een aantal aandachtspunten inzake de uitbouw van de palliatieve zorg opgesomd. Ik vat ze nu samen.

Wij vragen van de palliatieve zorgverstrekking geen communautair probleem te maken. Alle Belgen hebben het recht op een waardig levenseinde en men mag de bevoegdheidsverdeling tussen de gemeenschappen en de federale overheid niet aangrijpen om prestigegevechten te leveren. Het belang van de stervende mens moet centraal staan. De CVP-fractie is dan ook van oordeel dat er terzake een goed overleg moet komen tussen de gemeenschappen en de federale overheid in een interministeriële conferentie.

Wij willen eveneens het accent leggen op thuisverzorging. Men spreekt vaak over de wensen van de patiënt. Welnu, 75 % van de patiënten wensen thuis te sterven, maar voor slechts 25 % van hen gebeurt dit effectief. Dit is te wijten aan de kosten voor thuisverzorging. Ook dergelijke consequenties moeten wij erbij nemen, wanneer wij de wil van de patiënt het nodige gewicht willen geven. Er moet palliatief verlof komen, dagcentra moeten worden opgericht en de palliatieve verzorging in rust- en verzorgingstehuizen moet worden uitgebouwd.

Tot slot, maar niet in het minst, moet de opleiding van artsen en verplegend personeel worden aangepast. De communicatieve vaardigheid van de arts of de verzorger met de patiënt moet worden bevorderd en als een verplicht vak in de opleiding worden opgenomen. Ook moet er een vak pijnbestrijding worden geïntroduceerd.

Het tweede beleidsinstrument waarop ik wil ingaan, is een aangepaste regeling inzake vaststelling en aangifte van en controle op overlijdens. Opnieuw verwijs ik naar artikel 2 van het Europees Verdrag ter Bescherming van het Leven. België heeft terzake geen wetgeving die die naam waardig is. Dit betekent dat de bescherming van het menselijk leven op het ogenblik dat het het zwakst is, theoretisch en niet effectief is, zeker niet nu het aantal crematies toeneemt. De normale wijze waarop verdachte overlijdens kunnen worden vastgesteld, is de opgraving, wat na crematie uiteraard niet meer mogelijk is.

Deze tekortkoming in de wetgeving betekent eveneens dat de cijfergegevens over euthanasie in België louter speculatief zijn en door niemand hard kunnen worden gemaakt. Er is geen instrument dat de doodsoorzaak objectief vaststelt en de vergelijking met andere landen terzake is niet evident en niet gegrond. Het gaat immers om een praktijk die verband houdt met levensbeschouwelijke opvattingen en de sociologische en levensbeschouwelijke samenstelling van een gemeenschap heeft dus een essentiële invloed op de cijfergegevens. Men kan de cijfers van Nederland of andere landen dan ook niet als bewijs voor de Belgische praktijk inroepen.

Wij vinden derhalve dat de wetgeving op een aantal punten moet worden aangepast, zoals in onze nota wordt gepreciseerd. Onder meer moet mogelijk worden gemaakt dat aangifte van de doodsoorzaak op een wettelijke manier kan worden georganiseerd en gecontroleerd, ook via externe controle.

Ten derde moeten de medische beslissingen betreffende het levenseinde op een meer doorzichtige en meer humane manier worden georganiseerd. Het gaat hier om beslissingen die wel levenbeëindigend zijn, maar toch geen euthanaserend effect hebben. Ik geef als voorbeeld het toedienen van bepaalde middelen voor pijnbestrijding. Ook daar moet er transparantie bestaan en moet de inspraak van de patiënt worden verzekerd. Op die manier kan worden verhinderd dat in deze schemerzone allerlei nieuwe praktijken ontstaan, zoals in Nederland jammer genoeg het geval is. Dit laatste moet ons trouwens tot grote voorzichtigheid aansporen. Een schriftelijke rapportering is hier zeker nodig.

Bij euthanasie in extreme toestanden, namelijk in een noodtoestand, moeten er bijzondere waarborgen zijn. Euthanaserend handelen kan immers niet worden gelijkgesteld met een normale medische handeling. Bijgevolg moet ook het gesprek tussen arts en patiënt, dat bij elke medische handeling wegens de vereiste van het *informal consent* plaatsheeft, bij euthanasie anders worden bekeken. Hier moeten meerdere waarborgen worden geboden.

Ons vertrouwen in het medisch korps is groot, maar toch niet onbeperkt. Over vragen van zijn en niet zijn kan de geneesheer niet het allerlaatste woord hebben. Daarom dient het derde voorstel van het Raadgevend Comité te worden gevolgd. Interne controle, interne consultatie, ethisch advies en ethische consultatie kunnen wij aanvaarden. Sommigen probeerden gisteren dit voorstel te discrediteren door de consultatie een tribunaal te noemen. En in de tijd die wij vandaag beleven, heeft zelfs het woord rechtbank een negatieve connotatie gekregen. Het gaat hier helemaal niet om een tribunaal, maar om een consultatie in uitzonderlijk ernstige omstandigheden. In zulke situaties consulteren geneesheren wel vaker een collega. Er is dus niets abnormaals aan wanneer een arts een collega, familieleden of derden raadpleegt. Dit is geen tribunaal, maar een klankbord dat de besluitvorming kan objectiveren, zodat bij een controle achteraf, die er inderdaad moet zijn, kan worden aangetoond dat de arts grote zorgvuldigheid aan de dag heeft gelegd en dat er zich extreme omstandigheden voordeden.

Die controle achteraf is essentieel. Geen enkele medische beslissing staat immers boven de wet. Medische immuniteit bestaat in ons land niet. Een medische beslissing moet altijd aan de controle van de rechterlijke macht kunnen worden onderworpen, zodat

misbruiken kunnen worden bestraft. Dat is ook de reden waarom wij gekant zijn tegen het tweede voorstel. De Nederlandse praktijk toont immers aan dat de controle achteraf louter incidenteel is en enkel dient om aan wetgeving te doen, namelijk door de praktijk de vrije loop te laten en toe te kijken hoe de rechtspraak de grenzen vastlegt. Wij vinden dat de wetgever terzake zijn verantwoordelijkheid moet nemen en niet de jurisprudentie.

Een zorgzame samenleving voor een menswaardig levenseinde, dat is de basisopvatting van de CVP-fractie. De strafwet is noodzakelijk om het leven te beschermen, maar onvoldoende om een waardig levenseinde te verzekeren. Er moet een wettelijke regeling komen voor effectieve palliatieve zorgverlening, voor een eigentijdse aangifte van het overlijden, voor de medische beslissingen omtrent het levenseinde en voor de specifieke waarborgen bij een noodsituatie. Professor Vanneste formuleerde het gisteren met een citaat van Francis Bacon: « Wij moeten zorgen voor een kalme en rustige dood. » De CVP-fractie pleit voor een humane zorgcultuur waarin aan de stervende nog iets anders kan worden aangebracht dat het gelaat van de dood. (*Applaus.*)

M. le président. — La parole est à M. Lallemand.

M. Lallemand (PS). — Monsieur le président, je suis très heureux de ce débat qui s'ouvre aujourd'hui et je me réjouis particulièrement que celui-ci ait été souhaité par l'ensemble du Sénat.

Une des raisons de ma satisfaction vient sans doute de ce qu'il nous amène à mieux comprendre, au plus profond de nous-mêmes — et non seulement chez les autres — l'articulation de valeurs fondamentales relatives à la vie.

Ce débat indique un changement. Il eut été impensable, voici dix ans, d'entendre des propos comme ceux qui sont actuellement tenus.

*M. Mahoux, vice-président,
prend la présidence de l'assemblée*

Nous avons tous changé. C'est un élément significatif des débats éthiques: un changement se produit, dans le silence, au plus profond de l'inconscient. Puis, à un moment donné, les concepts traditionnels sont remis en question. Des changements structurels ou radicaux se manifestent.

Deux éléments ressortent des débats sur l'euthanasie. D'abord, nous vivons dans un régime d'interdictions qui n'est pas formellement respecté. Ce qui nous frappe, c'est que les pratiques transgressent quotidiennement le texte de la loi pénale et que ces transgressions ne sont pas véritablement clandestines: elle ne sont ni ignorées ni mises en examen. Il s'agit là d'une réalité dont nous devons prendre la mesure et, sur un certain plan, cela a permis à plusieurs esprits, et non des moindres, de déclarer que le débat était dépassé, puisque d'une certaine manière, la question était réglée. Selon nous, tel n'est pas le cas et ce, pour plusieurs raisons. En effet, ce débat doit mettre en évidence une réalité fondamentale, à savoir que des demandes légitimes d'euthanasie ne sont pas rencontrées: des personnes lucides qui souffrent de façon insupportable demandent qu'il soit mis fin à leurs jours, mais elles ne reçoivent aucune réponse et doivent continuer à vivre péniblement une situation de douleurs et de souffrances.

Ensuite, il existe des pratiques contestables, précisément parce que la clarté n'est pas faite sur le débat. Je pense à des euthanasies pratiquées sur des malades non consentants, et cependant lucides, comme cela a été affirmé hier par cette personnalité éminente qui est le professeur Cassiers. Ces faits révèlent l'intensité de cette problématique.

En vérité, notre débat est sous-tendu par ces réalités. Celui-ci a une double direction. La première porte sur un meilleur accompagnement des patients atteints d'une maladie incurable.

Beaucoup ont souligné — M. Vandenberghe vient encore de le faire — l'insuffisance des soins liés à l'accompagnement et la nécessité d'assurer ceux-ci, en particulier, dans les milieux défavorisés ou pour les patients qui sont abandonnés par leurs proches. Sur ce point, apparaît une exigence fondamentale mais commune et qui ne fait pas vraiment débat, à mon sens. Pour nous, cette exigence est essentielle et, comme nous l'avons souligné dans

notre contribution écrite, il est indispensable d'assurer aux patients une fin de vie décente et de leur permettre de bénéficier aussi longtemps que possible de soins de qualité. Mais, le débat porte sur une autre dimension de la problématique de fin de vie.

Beaucoup ont souligné l'incertitude de certaines demandes d'euthanasie en ce sens que de nombreux patients qui les ont formulées peuvent changer d'avis. C'est exact. D'autres ont souligné le fait que les soins palliatifs intensifs et de qualité réduisent le nombre de demandes. C'est également vrai et c'est une conséquence excellente. Notre société doit donner à chacun la possibilité d'avoir des soins de fin de vie de grande qualité.

Mais il est un autre fait qui n'a pas été véritablement contesté: les soins palliatifs peuvent certainement diminuer certaines demandes d'euthanasie, ils ne les suppriment jamais totalement, soit parce que les pratiques réelles sont insuffisantes — et, malheureusement, elles ne changeront pas très rapidement —, soit parce que, malgré les soins palliatifs, même les meilleurs, des patients ne supportent plus la dégradation de leur état, la perte du sens de leur vie et ils demandent dès lors avec lucidité et persistance qu'il y soit mis fin. La question des soins palliatifs est certes essentielle et ne peut être dissociée du débat sur l'euthanasie ni opposée à l'euthanasie. La problématique de l'euthanasie est complémentaire à celle des soins palliatifs.

Enfin la question des soins palliatifs, monsieur Vandenberghe, n'est pas une question communautaire et ne l'a, à mon avis, jamais été. L'efficacité des soins palliatifs n'élimine pas l'exigence d'une réponse médicale, juridique et éthique adéquate à ces demandes d'euthanasie véritables dont j'ai parlé.

Après avoir entendu les différents intervenants hier, nous pensons que derrière les solutions proposées, il y a — directement ou indirectement — une appréciation éthique sur la validité, la force et la pertinence de la demande d'euthanasie. Cette appréciation se fonde sans doute sur un examen attentif des cas concrets, mais elle est également dominée par une conviction éthique qui formule les solutions et les réponses qui sont données à la demande d'euthanasie. Nous percevons que le débat sur l'euthanasie est lié à deux affirmations: l'une de principe, l'autre de morale; l'une tient au statut de la personne, l'autre à la solidarité à l'égard des personnes. Ces deux affirmations peuvent être complémentaires ou opposées. Je m'en expliquerai par la suite.

Toute discussion sur l'euthanasie ne peut éluder la question de savoir si l'homme placé dans certaines conditions peut disposer de sa vie. C'est là une question fondamentale. Certes, il existe une opposition entre la morale de ceux qui croient que la vie n'appartient pas à la personne et qu'elle est donc radicalement indisponible parce que chacun est intégré dans une collectivité, dans une réalité qui transcende sa personne. C'est la position qu'a défendue hier M. Dijon, notamment. Certains moralistes, et non des moindres, affirment que l'on ne s'appartient pas qu'à soi-même, mais aux autres. Cela est certainement vrai; toutefois il existe des conceptions différentes qui ne s'accordent pas avec cette vision des choses. Dans une société pluraliste, la règle est de permettre clairement la coexistence de ces différentes conceptions. Il y a en effet la morale de ceux qui considèrent qu'une personne dispose d'une souveraineté intellectuelle, d'un magistère autonome et, dans certaines situations extrêmes, d'un droit d'apprécier la valeur de sa vie et, au besoin, d'y mettre fin.

La plupart des membres de mon groupe partagent cette dernière conception. Comme nous avons pu nous en rendre compte lors du débat d'hier ou dans les notes des groupes, cette conception de la personne est partagée par de nombreux chrétiens et laïcs. Or, cette conception est au cœur de la problématique de l'euthanasie parce que le statut idéologique de la personne y est fondamental. À l'évidence, si cette problématique n'est plus centrée sur la volonté d'un être libre, elle relèvera uniquement du domaine médical. Dès lors, ce seront les médecins, ceux qui savent, c'est-à-dire des clercs, qui, au bout du compte, feront seuls l'appréciation de la valeur d'une vie laquelle, par hypothèse, n'est pas la leur. Ce danger de dépossession du droit à la vie et sur sa propre vie est incontestablement réel et il convient de ne pas le sous-estimer.

Nous pensons qu'au cœur de la problématique se trouve la conviction que l'autonomie de la décision en matière d'euthanasie est liée au fait que la valeur d'une vie est fondamentalement inéva-

luable par les tiers. Les médecins ne peuvent pas vraiment jauger, sans le patient lucide, les raisons d'une demande d'euthanasie car celles-ci sont objectivement inappréciables. Elles ne sont pas non plus repérables par des critères objectifs. J'ai toujours été frappé par le fait que certains prix Nobel de médecine comme le docteur Crick, personnalité éminente qui a découvert l'A.D.N., affirmaient, par exemple, que la mort légale pouvait être fixée à 80 ans et qu'au-delà les médecins étaient exemptés de l'obligation de prolonger la vie «de façon douteuse et souvent inutile».

De même, le professeur Shokley, autre prix Nobel, a proposé la stérilisation d'individus ayant un faible quotient intellectuel. Dans de telles conceptions, la qualité de l'être humain est essentiellement fonction d'une quantification, «d'un quotient». La valeur d'une vie ne dépend pas de l'appréciation du sujet mais d'une instance extérieure et, pour tout dire, cléricale.

En tout état de cause, nous pensons qu'au départ de tout débat sur l'euthanasie, il importe d'affirmer cet attachement à une vision humaniste qui veut que l'homme soit, par lui-même, un univers irréductible et qu'aucune sélection de vie ne puisse dépendre d'une cause purement objective, sous peine de tomber dans une perte de sens de l'humain.

Cette affirmation préalable est indispensable pour indiquer clairement le champ éthique de la question de la légalisation de l'euthanasie. Le débat sur cette légalisation ne peut en effet s'ouvrir que dans une société qui s'accorde sur le respect de la personne et, comme le disait M. Vandenberghe tout à l'heure, sur les droits de l'homme, notamment sur l'article 6 de la convention selon laquelle: «Chaque homme est égal en dignité et en droit.» Chaque homme: paralytique ou champion sportif, cadre supérieur ou chômeur, analphabète ou prix Nobel de médecine.

Le débat ne peut donc se conclure que dans une société solidaire; en effet, il doit légitimement avoir lieu dans le cadre d'une médecine accordant une assistance efficace au patient incurable quel qu'il soit, lui offrant aussi longtemps que possible, la possibilité de poursuivre sa vie dans les meilleures conditions.

Il convient donc de dire clairement les choses: l'euthanasie économique est intolérable mais il est vrai qu'en fait il ne s'agit pas véritablement d'une euthanasie, mais bien d'autre chose. Un médecin danois a révélé des pratiques très inquiétantes en indiquant que, dans son pays, certains malades âgés de plus de 70 ans n'avaient reçu ni l'attention ni les soins accordés, par exemple, à des quadragénaires. Ces pratiques sont évidemment inadmissibles. Et notre société sera jugée par sa façon de réagir à de telles situations, à l'égard de tous ses membres.

Une légalisation de l'euthanasie n'est donc concevable que dans des pays démocratiques pourvus d'un système de santé où, a priori, ne seront pas traités différemment, comme le soulignait le professeur Englert, un vieillard pauvre sans famille proche et un quadragénaire riche bien entouré.

L'euthanasie n'est donc pas seulement une question individuelle; elle revêt également une dimension sociale et politique.

Plusieurs d'entre nous ont insisté sur l'importance des soins à apporter en fin de vie, qu'il s'agisse de la présence des proches ou des soins palliatifs. Nous sommes tous d'accord à ce sujet.

Mais pourquoi légaliser l'euthanasie? Bien sûr en raison du nombre de pratiques qui se font dans l'indétermination.

Le professeur Schwartzberg a indiqué dans son livre *Face à la détresse* que 36% des médecins français administreraient des cocktails lytiques en fin de vie. En Belgique, la situation ne doit pas être très différente. J'ai pris connaissance d'une étude réalisée à l'initiative de la Commission communautaire française de Bruxelles qui affirme que 55% des médecins bruxellois seraient favorables à l'euthanasie; 10% d'entre eux reconnaissent avoir pratiqué des euthanasies actives sur un à dix patients durant ces dix dernières années.

Je ne crois pas que cette situation de fait ne justifie pas d'une réforme du statut légal actuel. D'abord, parce que l'incertitude sur les droits crée une insécurité juridique génératrice d'attitudes discutables.

Une femme médecin a pu faire part, voici quelques années, lors d'un débat télévisé, de son regret d'avoir refusé une euthanasie à une de ses patientes âgées qui demandait avec insistance qu'il soit

mis fin à ses jours. Ce médecin a regretté son attitude en disant qu'elle avait agi ainsi par crainte et en raison de l'incertitude juridique dans laquelle elle se trouvait de ce qu'elle pouvait ou ne pouvait pas faire.

Cette incertitude entraîne de nombreux refus de demandes d'euthanasies pourtant fondées. C'est le point essentiel qui sous-tend notre démarche.

Par ailleurs, le régime ambigu de droit actuel développe un manque de clarté dans le dialogue entre le médecin et le patient. C'est ainsi que certains médecins ont tendance à éviter le débat, difficile, avec un patient qui souhaite que sa vie soit abrégée. Plusieurs raisons expliquent cette réaction.

Tout d'abord, de nombreux médecins ne sont pas formés à cette situation. Hier, plusieurs intervenants l'ont souligné, il faut former davantage les médecins à l'apprentissage de cette relation particulière.

Par ailleurs, certains médecins redoutent d'entamer un dialogue ouvert avec le patient parce que ce dialogue mettrait en évidence la nature exacte de la mort, plaçant ainsi le médecin en porte-à-faux par rapport à la déontologie officielle actuelle. Surgit ainsi, dans de nombreux cas, la tentation de cacher le processus euthanasique par l'administration d'un traitement antidouleur, ce qui n'est évidemment pas la même démarche.

Dans bien des cas, il s'est agi d'éviter d'ouvrir le débat sur la problématique de la mort, ce qui a des conséquences considérables.

Récemment, une personne de ma connaissance qui souffre d'un cancer généralisé, me faisait part de sa souffrance du fait que son entourage refusait de parler de sa maladie. Elle a pu dire ces mots terribles : « J'étouffe dans la solitude. »

Ces réactions négatives, ce refus d'ouvrir un débat peuvent conduire à des euthanasies qui ne sont pas véritablement souhaitées mais qui sont la conséquence de l'absence de dialogue entre le médecin et le patient, un dialogue qui, parfois, peut conduire celui-ci à renoncer à sa demande.

Je pense que nous avons tous été frappés d'entendre que des euthanasies se pratiqueraient aujourd'hui sans le consentement véritable du patient. J'ignore si ces cas sont nombreux mais ils ont assurément pour cause l'insécurité juridique qui prévaut en ce domaine. Cette situation est comparable à celle qui existait avant la dépenalisation de l'avortement. Des interruptions de grossesse discutables et contestables avaient lieu dans la semi-clandestinité qui existait alors.

En vérité, le divorce entre les conceptions juridiques et la réalité crée un climat qui affaiblit la relation entre le médecin et le patient et qui conduit à une banalisation de l'euthanasie.

Bien des raisons nous amènent à préciser aujourd'hui les axes de la réforme que nous proposons.

Tout d'abord, cette réforme est une démarche de légalisation. Nous pensons que le changement doit se baser sur la relation fondamentale du médecin avec son patient, lorsque celui-ci est atteint d'une maladie grave, incurable et qui engendre de grandes souffrances morales ou physiques et en tout cas un refus d'accepter la poursuite de sa vie. Il nous paraît qu'une médecine qui, au nom du droit à la vie, refuse d'entamer un dialogue sur une demande d'euthanasie, lorsque celle-ci paraît sérieuse et émane d'un patient lucide, met en jeu la dignité et l'autonomie de la personne.

Certes, le médecin peut refuser l'euthanasie lorsque, pour des questions de principe, il ne souhaite pas la pratiquer, mais il doit avertir son patient des conceptions et des principes qui guident sa démarche professionnelle.

Nous avons dit que le législateur devait garantir le dialogue en définissant les conditions. Quelles sont ces conditions ?

D'abord, l'information du malade. Celui-ci doit être averti objectivement de son état. Le médecin doit garantir cette information qui est aujourd'hui insuffisante.

Ensuite, le médecin doit évaluer une demande qui doit être répétée et insistante. Il doit consulter un autre médecin afin, d'une part, de s'assurer du caractère irréversible, inguérissable du mal

qui affecte le patient et, d'autre part, de vérifier à nouveau que la situation est sans espoir et qu'aucune mesure thérapeutique ou palliative ne peut être proposée. Cette démarche est essentielle.

En tout état de cause, le médecin peut juger utile de prendre des contacts supplémentaires, des informations plus précises sur l'un ou l'autre point, pour éclaircir sa décision et pour la fonder. Le médecin peut aussi être un interlocuteur privilégié entre le patient et les proches.

Mais nous insistons sur le fait que la responsabilité du médecin au cours de ces consultations doit demeurer entière. Au delà de ce qui vient d'être dit, il ne peut se voir forcé de prendre des mesures, des avis multiples et contraignants qui aboutiraient à imposer une sorte de débat collectif sur l'euthanasie. On peut redouter en effet que certaines réformes ne conduisent à ce que M. Vandenberghe a appelé tout à l'heure, pour critiquer cette terminologie, la «tribunalisation» de la demande d'euthanasie. En fait, pour nous, tout dialogue imposé en dehors de la relation patient-médecin pourrait nier l'autonomie du patient et affaiblir la responsabilité du médecin.

Nous pensons qu'il serait inadmissible de transformer le colloque singulier patient-médecin en une relation triangulaire, une relation faisant intervenir une instance supplémentaire. C'est en vérité le médecin qui doit consulter et qui doit, seul, fonder sa décision.

Nous sommes persuadés que si la loi ou les règles déontologiques devaient imposer que la demande du patient soit appuyée par un accord collectif de médecins, cela réduirait la responsabilité personnelle du médecin et conduirait même à des euthanasies qu'il n'aurait peut-être pas assumées seul. Si plusieurs médecins, si des membres de la famille du patient ou du comité d'éthique devaient obligatoirement et sans l'accord de la personne concernée être amenés à apprécier le fondement de la demande d'euthanasie, on plongerait le malade dans le désespoir en lui imposant un état insupportable.

Nous pensons aussi que l'euthanasie devrait faire l'objet d'une déclaration comme cause spécifique du décès. À cet égard, M. Vandenberghe a souligné la nécessité de modifier la loi actuelle et de tenir un débat législatif sur ce thème.

Les groupes PRL et VLD proposent aussi l'établissement d'une législation qui réglerait les effets juridiques de cette cause de mort particulière qu'il faut assimiler à une mort naturelle pour éviter des conséquences considérables.

Enfin, les médecins doivent être formés au développement de cette relation toute spéciale qu'entraîne la demande d'euthanasie. Il est certain que des praticiens, en raison de leur ignorance des possibilités légales de justifier certaines démarches, refusent d'accomplir des actes qu'ils considèrent pourtant fondés au plus profond d'eux-mêmes.

À cet égard, on ne peut ignorer, dans toutes les discussions sur la portée de la loi, l'impact de la règle de déontologie définie par les autorités médicales. Si la loi est vague et ne vise pas spécialement les médecins — c'est une affirmation générale, un principe éthique essentiel, fondamental mais indéterminé —, la déontologie, elle, ne l'est pas. La déontologie médicale en particulier laisse peu de doutes sur la problématique. L'article 95 du Code de déontologie énonce sans la moindre restriction : « Le médecin ne peut provoquer délibérément la mort d'un malade ou l'aider à se suicider. »

Dans ce contexte, le docteur Galloy disait hier, à ma grande satisfaction, que l'Ordre national des médecins était attentif aux avis du Comité de bio-éthique et qu'il envisagerait une modification du Code de déontologie en fonction de l'attitude du législateur. Cela définit très exactement notre responsabilité.

Nous pensons que la modification législative devrait prévoir, à tout le moins à titre d'exception, une dérogation à la règle générale : la justification de certaines démarches euthanasiques lorsqu'elles sont caractérisées par des conditions cumulatives, à savoir que le patient soit engagé dans un processus morbide irréversible — que sa santé soit irrémédiablement atteinte; que la demande émane d'un malade lucide et correctement informé de son état de santé et des différentes possibilités de prise en charge palliative; que la démarche résulte d'entretiens approfondis entre

le patient et son médecin, lequel doit consulter au moins un confrère; que ces entretiens prennent en compte le refus persistant et répété du patient de supporter ses souffrances physiques ou morales et la dégradation de son état; enfin, que le médecin déclare la cause du décès.

Nos positions sont donc proches de celles formulées dans l'avis du Comité de bioéthique sous la dénomination «Cas n° 2». Nous nous situons dans cette mouvance. Nous pensons qu'une loi précisant ces conditions d'exception permettrait des pratiques plus homogènes et plus responsables.

J'ajouterai une dernière considération en guise de conclusion. La loi ne réglera certes pas tous les cas de conscience et toutes les situations de fin de vie — il ne faut pas se leurrer — même si elle apporte à la pratique médicale une sécurité juridique nouvelle. La loi laissera en effet toujours le médecin face à son magistère, face à une responsabilité qui sera toujours difficile à cerner. En d'autres termes, la loi ne maîtrisera jamais de façon complète, ni même satisfaisante, la problématique de la mort. Il faut préciser cette réalité au moment où nous demandons de conclure ce débat sur la question de l'euthanasie, débat qui — je tiens à souligner cet élément essentiel — s'est ouvert au Sénat dans le respect profond des positions de chacun.

Mon exposé a voulu mettre en évidence que la légalisation que nous souhaitons s'inscrit dans le cadre de valeurs largement reconnues et communes. J'ai rappelé l'encadrement nécessaire de la problématique de l'euthanasie, la nécessité de la formation des médecins, le respect d'une éthique de la personne. J'ai également souligné la nécessité d'une médecine sociale. L'euthanasie n'est en effet concevable que dans une société où existe une sécurité sociale forte, permettant le respect des valeurs de vie des personnes, quelles que soient leurs conditions économiques et sociales. J'ai rappelé enfin combien il importe que la nouvelle loi réduise les effets négatifs que l'actuelle semi-clandestinité fait peser sur des demandes d'euthanasie que beaucoup de sénateurs ici présents, de différentes formations — et c'est tout à fait remarquable —, ont voulu reconnaître comme étant, dans bien des cas, parfaitement justifiées et légitimes.

Notre débat est donc fondamental parce qu'il permet à tout le moins cet accord sur la nécessité de prendre en compte et de rencontrer les demandes indiscutables de personnes lucides qui, dans des situations de dégradation de leur santé, ne supportent plus leur fin de vie. Nous voyons en tout cas, dans ce débat, le gage d'une évolution importante même si elle est difficile — il ne faut pas se faire d'illusions —, mais une évolution importante parce qu'elle se fera, j'en suis convaincu, dans le cadre d'un consensus profond sur les valeurs essentielles de notre démocratie. (*Applaudissements.*)

De voorzitter. — Het woord is aan de heer Coveliers.

De heer Coveliers (VLD). — Mijnheer de voorzitter, het is reeds enkele malen gezegd en het zal wellicht nog worden herhaald: het loutere feit dat dit debat hier wordt gevoerd, heeft een belangrijke betekenis zowel voor het onderwerp waarover we debatteren, als voor deze instelling. Het zou dus kunnen dat naar aanleiding van dit debat de vraag over de toegevoegde waarde die de Senaat ons systeem biedt, positief wordt beantwoord. Na dit debat komen misschien enkele doordachte wetgevende initiatieven tot stand die het pluralistische karakter van onze maatschappij accentueren en eerbiedigen.

Iedereen, op misschien één uitzondering na, erkent dat het de bedoeling moet zijn om het pluralistisch karakter van onze maatschappij niet alleen te benadrukken, maar indien nodig in de wetgeving te garanderen. Pluralisme betekent niet alleen dat men het recht heeft om zijn mening te uiten en dat men het recht heeft om te trachten anderen te overtuigen van zijn gelijk; het betekent vooral dat iedereen in de mogelijkheid moet worden gesteld om volgens zijn overtuiging te leven. Dit is zeer belangrijk wanneer we zo dadelijk debatteren over de verschillende mogelijkheden die in het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek worden aangereikt. Sommige van die voorstellen beletten een aantal

mensen immers om volgens hun overtuiging te leven omdat ze de strafwet in al haar hardheid en onaangepastheid behouden en toepassen.

Ik verwijs naar de definitie van het Raadgevend Comité, die gelukkig door iedereen wordt aanvaard. Het stemt echter tot nadenken dat men zich voorlopig heeft beperkt tot een patiënt die zich in een uitzichtloze situatie bevindt, tot een handeling die door een arts wordt verricht en tot wilsbekwame terminale patiënten. Het is evident dat de aspecten die het Raadgevend Comité niet behandelt, wellicht nog veel complexer zijn. Wanneer men die aspecten aanpakt, zal de discussie over het zelfbeschikkingsrecht nog hoger oplopen en zal de vraag wat men in de plaats kan stellen van dat zelfbeschikkingsrecht indien het niet meer kan worden uitgeoefend, nog prangender worden.

Eerst wil ik nog wijzen op de symbolische functie van dit debat en de wetgeving die eventueel hieruit zal volgen. Ik treed onder meer professor Nys bij, die zegt dat men de wet niet alleen mag beschouwen als een eindproduct dat in het *Belgisch Staatsblad* verschijnt, door weinigen wordt gelezen, maar geacht wordt door iedereen gekend te zijn. Het wetgevend proces heeft ook een symboolfunctie.

Ik hoop dat ook het wetgevend proces dat we nu hebben aangevat een symboolfunctie heeft voor de overige bio-ethische problemen. Tijdens de discussie is reeds gebleken dat men zich, gewild of ongewild, niet louter tot euthanasie kan beperken. Ook de overige medische beslissingen bij het levenseinde moeten daarbij worden betrokken. Men kan zelfs verder gaan. Euthanasie is één van de bio-ethische problemen, het is misschien zelfs het meest eenvoudige bio-ethische probleem. De ontwikkelingen in de biologie en de praktische toepassing ervan in de geneeskunde hebben aanleiding gegeven tot de bio-ethiek.

Hoewel ik een overtuigde voorstander ben van het recht op zelfbeschikking, ben ik mij bewust van het gevaar dat er een grens kan worden overschreden. Hooggeleerde professoren, zoals professor Schotsmans, wijzen op het bereiken van de *terra incognita*. De rode draad door de bio-ethische thematiek is de vraag of men alles mag doen wat wetenschappelijk mogelijk is. In het kader van het debat over de euthanasie kan deze vraag uiteraard gemakkelijk worden beantwoord, omdat wij hier te maken hebben met een medisch relatief eenvoudige daad. Maar wat indien het niet meer uitsluitend gaat over het beëindigen van het leven op verzoek, maar over het creëren van leven of het grondig wijzigen van leven? Het gaat hierbij niet uitsluitend over de gevolgen van manipulaties voor de huidige generatie, maar ook voor de toekomstige generatie.

Ons inlevingsvermogen en onze creativiteit inzake een eventuele regulering en bepaling van grenzen zullen ongetwijfeld nog meer op de proef worden gesteld. Ik verwijs in dit verband naar professor Van Neste, die gisteren opmerkte dat wetenschap beoefenen en toepassen eigenlijk een vorm is van macht uitoefenen en dat de ervaring heeft geleerd dat elke vorm van macht — niet alleen in de politiek, maar ook in de wetenschap — steeds de neiging vertoont te groeien. Op dat ogenblik kan men zich afvragen of een dergelijke groter wordende macht de mens ten goede komt.

Het uitgangspunt van de VLD is dat het individu moet worden beschermd tegen de groter wordende macht van de wetenschap. Deze bescherming mag echter niet verworden tot een betutteling, een in de plaats stellen van het individu dat de beslissing moet nemen. Als bewijs dat er binnen de pluralistische VLD-fractie wel degelijk een diepgaande discussie heeft plaatsgevonden over deze problematiek zal ik — ook in het kader van de gelijkheid tussen mannen en vrouwen — een gedeelte van de aan onze fractie toegevoegde sprektijd afstaan aan mevrouw Leduc.

Ondanks het verschillende uitgangspunt zijn wij tot vrijwel dezelfde conclusie gekomen als de andere partijen. Waar wij het hebben over het recht op zelfbeschikking, gebruiken zowel de Vlaamse als de Waalse socialisten het begrip solidariteit.

Wij hebben de vier voorstellen van het Raadgevend Comité besproken. Ik wil het eerst hebben over de twee extreme voorstellen. Het eerste voorstel gaat ervan uit dat er eigenlijk geen

probleem is en pleit voor het behoud van de huidige toestand. De voorstanders van deze optie zijn van oordeel dat al wie het leven beëindigt, een moord begaat. Het beëindigen van het leven uit wettige zelfverdediging en het verlenen van medewerking aan het beëindigen van leven in verre continenten wordt echter niet als moord beschouwd. De absolute stelling die door de voorstanders van deze optie wordt verdedigd, is onhoudbaar. Iedereen is het er blijkbaar over eens dat er zich omstandigheden kunnen voordoen waarin de absolute regel kan worden overtreden en de levensbeëindiging niet kan worden beschouwd als doodslag of moord. Pleiten voor het behoud van de huidige toestand omdat toch de noodsituatie kan worden ingeroepen, getuigt mijns inziens van een hypocriete houding ten opzichte van het strafrecht, waarvan de ethische waarde weliswaar kan worden betwist.

Een van de sprekers die we gisteren te gast hadden, heeft overigens een schitterend boek geschreven over de ethiek van het recht. Het is niet zinnig een absolute regel in te schrijven in het strafrecht en tegelijkertijd te verwijzen naar een noodsituatie. In dit kader gaat het immers om een voorzienbare noodsituatie, die bijgevolg moet worden gereguleerd. Men kan niet stellen dat er niets zou moeten worden gewijzigd.

Het andere extreem is het absolute van het individueel zelfbeschikkingsrecht. Ik geef toe dat ik daarvoor meer sympathie heb. Artikel 2 van het Verdrag van de Rechten van de Mens, maar ook artikel 23 van de Grondwet brengen daarvoor argumenten aan. Artikel 23 van de Grondwet bepaalt dat eenieder het recht heeft een menswaardig leven te leiden. Moeten we dan geen kader creëren waarin de lijdende mens, voor wie medisch vaststaat dat een menswaardig leven niet meer mogelijk is en die duidelijk zijn wil te kennen geeft om dat leven te beëindigen, het recht heeft in alle sereniteit een eind te maken aan zijn leven? Is het eventueel toestaan van levensbeëindiging aan een terminaal zieke patiënt die hevige pijnen lijdt en wiens lijden door geen enkele behandeling voldoende kan worden verlicht, niet de ultieme concretisering van dit grondwettelijk recht op een menswaardig bestaan? Ik wil daar onmiddellijk aan toevoegen dat ook de nood aan palliatieve zorg uit hetzelfde artikel wordt afgeleid. Het recht een menswaardig leven te leiden, zoals bepaald in artikel 23 geldt immers tot en met de dood, die volgens ons deel uitmaakt van het leven.

De vraag rijst of de gemeenschap, of een deel van die gemeenschap aan mensen kan opleggen dat zij het leven moeten aanvaarden ongeacht de kwaliteit ervan, omwille van de overtuiging van anderen dat het leven niet opzettelijk mag worden beëindigd. Wij worden hier geconfronteerd met de problematiek, die door de heer Vandenberghe werd ingeleid en op zijn manier werd beoordeeld over het individuele zelfbeschikkingsrecht. Gaat het zo ver dat men in bepaalde omstandigheden kan verzoeken om een einde te maken aan zijn leven? Met welk recht gaan anderen daarover oordelen? In de strafwet staat niet dat zelfmoord strafbaar is. Bijgevolg is ook poging tot zelfmoord niet strafbaar. Hoe staan wij dan tegenover hulp bij zelfmoord? Wij beschouwen zelfmoord als een recht van het individu, maar wanneer iemand niet in staat is om zelfmoord te plegen en daarvoor bijstand vraagt aan iemand die over de technische mogelijkheden daartoe beschikt, dan zeggen wij dat dit niet kan, omdat dan de regel dat men niet mag doden wordt overtreden. Dit lijkt mij totaal onaanvaardbaar.

De extreme situatie dat euthanasie zonder regulering wordt toegelaten, schept een zeer groot risico voor misbruiken, maar het absolute verbod dat nu geldt, heeft ook een schemerzone in het leven geroepen en tot heel wat misbruiken aanleiding gegeven. Laten we eerlijk zijn. Waar ligt het onderscheid tussen het toedienen van grote hoeveelheden pijnstillende middelen die de dood tot gevolg hebben en het bewust euthanaserend handelen? Die grens is flinterdun en wordt dagelijks overschreden. Beide situaties geven dus aanleiding tot het ontstaan van schemerzones.

Ik ben onder de indruk van de argumenten van collega Vandenberghe over de vaststelling van het overlijden. Wij weten dat in ons land zelfs bij traumatische overlijdens de rapportering zeer gebrekkig gebeurt. Die controle zou inderdaad via een aangifte moeten gebeuren.

Wij moeten regulerend optreden. Indien wij niets doen, blijft de situatie zoals ze is en blijven wij met deze problematiek geconfronteerd.

Euthanasie moet niet uit de strafwet worden gehaald. De strafwet bepaalt immers niet dat euthanasie strafbaar is. Strafbaar zijn wel opzettelijke doding en moord.

Wel moet de individuele burger het recht worden verleend om, naar analogie met het recht op zelfmoord, in een terminale situatie een beroep te kunnen doen op mensen die hem kunnen helpen bij het uitvoeren van zijn wilsbeschikking.

Hieraan moeten vanzelfsprekend voorwaarden worden verbonden om te vermijden dat wij opnieuw in een schemerzone terechtkomen. De euthanasie moet gebeuren door een arts, die het recht heeft die daad te weigeren indien dat tegen zijn geweten zou zijn.

Sta me toe de kanttkening te maken dat het me treft dat in een aantal landen artsen van oordeel zijn dat zij het recht hebben de behandeling van rokers te weigeren. Wellicht weigeren binnenkort artsen ook de behandeling van mensen die voortdurend naar een walkman luisteren, omdat zij hun gehoor bewust hebben geschaad. Misschien moeten wij ons ook eens bezinnen over de functie van het medisch beroep en over de vraag hoe ver een arts mag gaan in het laten primeren van zijn persoonlijke opvatting op het belang van de patiënt.

Een andere voorwaarde voor euthanasie is de weloverwogen vraag van de patiënt aan de behandelende arts. Een vraag die hierbij onmiddellijk rijst, is uiteraard wanneer dit moet gebeuren.

De problematiek van het levenstestament, een onderdeel van het voorstel dat wij bij de Senaat hebben ingediend, moet dringend worden onderzocht omdat ze samenhangt met de problematiek van de wilsonbekwamen in het algemeen of met de situatie van wilsonbekwaamheid waarin iemand gedurende een bepaalde periode van zijn leven kan terechtkomen.

De weloverwogen vraag dient te beantwoorden aan criteria, waaronder de terminale ziektefase, de uitzichtloosheid en de onomkeerbaarheid van de medische toestand en fysiek of psychisch ondraaglijk lijden.

Wanneer men een terminale patiënt het recht geeft om zijn leven te beëindigen, heeft die patiënt ook het recht om die ingreep te weigeren en het recht op afdoende verzorging, comfortzorgen en pijnstilling. Met andere woorden, de palliatieve zorg moet worden uitgebouwd, niet zozeer in instellingen, maar zoveel mogelijk thuis. In elk geval moet rekening worden gehouden met de keuze van de patiënt.

Euthanasie noch palliatieve zorg zijn een doel op zich. Het komt er in de eerste plaats op aan het levenseinde te humaniseren. Wij doen nu een eerste schuchtere stap in de problematiek van de medische beslissingen met betrekking tot het levenseinde.

Wat moet er gebeuren met de patiënt die een levenstestament heeft gemaakt en daarin zijn wil te kennen geeft euthanasie te bekomen, maar die op het ogenblik van de terminale ziekte niet meer in staat is zijn wil te bevestigen?

Het fundamenteel zelfbeschikkingsrecht en de bescherming van de mens tegenover de steeds machtiger wordende wetenschap zouden hier centraal moeten staan. In het derde voorstel wordt bepaald dat een derde persoon dan moet nagaan of de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt wordt geëerbiedigd.

Ik kan daarmee akkoord gaan op voorwaarde dat die derde persoon niet in de plaats treedt van de patiënt of van de arts en dat zijn inbreng uitdrukkelijk wordt beperkt tot het toetsen van de naleving van een aantal regels. Mocht hij optreden namens de patiënt, dan dreigen we te verzeilen in een situatie als deze waar de dokter weigert om nog langer rokers te behandelen.

Ik heb uiteraard het volste vertrouwen in de ethische commissies van de ziekenhuizen, al blijkt uit een recente publicatie dat deze commissies in heel wat ziekenhuizen nog moeten worden opgericht. Toch vraag ik me af of het pluralisme, de objectiviteit en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt hiermee voldoende zijn gewaarborgd. Ik kan me immers voorstellen dat een patiënt niet uit hoofde van de samenstelling van de ethische commissie in een bepaald ziekenhuis wordt opgenomen, maar wel door een samenloop van omstandigheden waaronder de keuze van de behandelende arts wellicht niet de minst belangrijke is.

De VLD wenst dat het antwoord op de vraag naar levensbeëindiging als een individueel recht wordt gewaarborgd. De individuele vrijheid is immers een belangrijk uitgangspunt voor het formuleren van elk antwoord, maar mag de bescherming van de individuele vrijheid van anderen en de bescherming van de fundamentele mensenrechten niet in het gedrang brengen. Wij hopen dat de conclusies van dit debat de wetgever een stap vooruit helpen en dat de huidige besprekingen spoedig een regulerend effect sorteren. Het respect van de basisprincipes van individuele vrijheid en fundamentele mensenrechten, moet voor zowel de arts als voor de patiënt gewaarborgd zijn. In een pluralistische democratische samenleving mogen de bio-ethische problemen, niet hun beslag krijgen in een amorf en onherkenbaar compromis, maar wel in een consensus die overeenstemt met de realiteit van het leven en die de basisprincipes vastlegt voor een uit te werken regeling.

Tijdens een recent bezoek van een Zuid-Afrikaanse parlementaire delegatie kwam dit euthanasiedebat ter sprake en de Zuid-Afrikanen vertaalden euthanasie met het woord «genadedood». Deze uitdrukking stemde mij tot nadenken.

Door de mogelijkheid te creëren voor terminale patiënten om een beroep te doen op euthanasie, waarborgen wij hun recht op waardig sterven. Wij beschouwen waardig sterven overigens als een essentieel deel van een waardig leven. (*Applaus.*)

De voorzitter. — Het woord is aan de heer Erdman.

De heer Erdman (SP). — Mijnheer de voorzitter, een gezaghebbend journalist schreef naar aanleiding van de opening van dit debat, dat het goed is dat de verkozenen des volks zich buigen over de grote maatschappelijke problemen. Vooral de serene sfeer, de luisterbereidheid naar eenieders benadering en het weren van elk taboe leken hem uitstekende uitgangspunten.

Dit debat komt op tijd. De dagelijkse medische praktijk, het uitblijven van een verlossend antwoord op onnoemelijk lijden, het machteloos toezien van nabestaanden op het aftakelen van een geliefd wezen, de onmogelijkheid om de principes van een menswaardig bestaan ten volle te blijven beleven tot op het ogenblik van de dood, dit alles kan ons niet onberoerd laten.

Het geweten van de politiek kan niet voorbij gaan aan een ethische problematiek en er dienen noodgedwongen technische rechtsregels te worden uitgetekend voor de maatschappij die wij willen.

Door de technologische ontwikkeling van de wetenschappen werden zonder enige rechtstreekse controle grenzen verlegd. Over levensverlengende ingrepen wordt beslist zonder enige inspraak. Met rasse schreden gaan de wetenschappen vooruit en ze garanderen een langere levensduur, maar tegelijk wordt bij het uitvoeren van de genezingsopdracht vaak mateloos geëxperimenteerd, wat soms tot een vegetatief leven leidt.

De therapeutische hardnekkigheid, die verantwoordelijk is voor het schrikbeeld van mensen gekoppeld aan machines, en de dramatiek van juridische betwistingen betreffende het stopzetten van dergelijke medische handelingen die berusten op een eenzijdige beslissing, hebben in onze door de media beheerste wereld een ware angstpsychose veroorzaakt, hebben vragen doen rijzen en het inroepen van het zelfbeschikkingsrecht versterkt.

De machteloosheid van de wetenschapper tegenover verschrikkelijke ziekten heeft de medische wereld ertoe gebracht eigenmachtig en over het hoofd van de patiënt heen, beslissingen te nemen die oncontroleerbaar, illegaal en clandestien zijn. Fluissterend wordt overgegaan tot levensbeëindigende ingrepen, die waarschijnlijk geïnspireerd zijn door een gevoel van medeleven en ontegensprekelijk bedoeld zijn om op een impliciete vraag te antwoorden, maar waarbij de eerste betrokkene, de patiënt, niet ten volle wordt erkend.

Dergelijke praktijken die buiten elke wettelijke regeling vallen, leiden tot onverantwoordelijkheid en soms tot het verschuiven van de verantwoordelijkheid. Zij leiden echter ook tot een kwetsbaarheid die hoegenaamd geen maatschappelijk antwoord biedt op de basisproblematiek en zelfs geen ethisch antwoord op de morele vraag naar een menswaardig bestaan tot op het einde.

Vandaag wijkt de confrontatie tussen de verschillende ideologische en filosofische benaderingen, namelijk deze van het recht op leven en van het recht op zijn leven, naar de achtergrond en kunnen wij, ondanks de verschillende opvattingen en verschillende oplossingen, werkelijk een stap doen in de richting van het ethisch aanvaarden van levensbeëindigende ingrepen in uitzonderlijke omstandigheden en onder bepaalde voorwaarden.

Euthanasie toestaan in het kader van een juridische benadering en als een maatschappelijke waarborg voor een menswaardig bestaan tot op het einde, is de werkelijke inzet van dit debat. De invalshoek die de SP-fractie heeft gekozen en die uitvoerig aan bod komt in onze nota, is inderdaad deze van eerbied voor het zelfbeschikkingsrecht van de persoon over eigen leven en sterven.

Ik kan best aanvaarden dat sommigen het absolute van dit recht betwisten. Ik kan ook best aanvaarden dat sommigen vanuit een interpretatie van bepaalde grondwetteksten betwisten dat het zelfbeschikkingsrecht uitsluitend het recht van de patiënt is en controle, toetsing of begeleiding moet worden uitgesloten. Dit zeggen wij niet. Wij vertrekken alleen van het essentiële element, dat de sleutel van de hele problematiek is, namelijk dat de patiënt de kernrol vervult.

Sommigen uit de geneeskundige wereld pleiten ervoor om de verschoning als een rechtsgrond te doen aanvaarden en daardoor de situatie van de arts in feite centraal te plaatsen. Wij hanteren een totaal ander uitgangspunt. Dit belet evenwel niet dat wij vanuit totaal verschillende invalshoeken toch tot eenzelfde oplossing kunnen komen. Voor ons geldt, binnen de perken van de wet en het respect voor andermans vrijheid en in de context van vrijwillig aangegane verbintenissen, het exclusieve recht van het autonome individu om te oordelen over goed en kwaad, over de kwaliteit en het menswaardige van het eigen leven. Dit hangt voor ons samen met het respect voor de waardigheid van de menselijke persoon, niet zozeer in de beleving van zijn leven, maar vooral in de beleving van zijn levenseinde. Wij kunnen elke dag in onze nabije omgeving vaststellen hoe mensen aftakelen.

Dit staat in schril contrast met ons grondwettelijk recht op een menswaardig leven. Wij willen nu de arts in zijn relatie met de stervende patiënt toelaten een moreel hoogstaande daad van solidariteit en menselijkheid te stellen. Men heeft gisteren herhaaldelijk het belang onderstreept van het medevoelen en het begeleiden van de patiënt door de arts op deze moeilijke weg. Willen wij deze rol nu een wettelijk kader geven zonder bepaalde voorwaarden te omschrijven? Willen wij die simpelweg in een zin vastleggen als een heilig recht waaraan niet mag worden getornd? Verre van. De hulpvragende heeft recht op begrijpelijke, objectieve en relevante informatie over zijn gezondheidstoestand, zijn ziektebeeld en de daaraan gekoppelde levensprognose. De informatie moet door een arts worden verstrekt in een vertrouwelijk gesprek.

Vandaag wordt de hele problematiek dikwijls op een wazige manier ter zijde geschoven. Soms is dat de keuze van de patiënt zelf, die deze informatie niet wenst te kennen en die daarmee afstand doet van zijn beslissingsrecht. Ook dan heeft de hulpverlener de plicht in te staan voor het recht op informatie van de patiënt. Dat de arts, eventueel om zichzelf te beschermen, te rade gaat bij andere collega's en bij instituten en op die manier meer zekerheid zoekt dat zijn beslissing om in te gaan op de vraag van de patiënt, op een medische waarheid berust, mag niet worden uitgesloten.

Men mag deze manier van handelen echter niet opleggen als een betuttelende voorwaarde en op die manier een rem inbouwen in de relatie tussen de patiënt en zijn arts. Dat elke euthanasie bij de overlijdensaangifte als dusdanig moet worden vermeld, lijkt mij vanzelfsprekend. Toch mag ook de externe controle a posteriori geen rem betekenen op het besluitvormingsproces. Dit moet a priori worden geconditioneerd.

Sommigen hebben hier gepleit voor een juridische toetsing a priori door de rechterlijke macht op basis van elementen die alleen a posteriori kunnen worden geëvalueerd. De SP-fractie is eerder voor een procedurale begeleiding die een toetsing a priori tot stand brengt en een echte rechtzekerheid waarborgt.

Onderschrijven wij daarmee een van de voorstellen van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek? Hoewel ik met bepaalde voorstellen niet akkoord ga, wens ik in de eerste plaats hulde te

brengen aan de intellectuele eerlijkheid waarvan elk lid van het comité, weliswaar vanuit zijn eigen filosofische overtuiging, blijk heeft gegeven. Deze voorstellen verschaffen ons een inventaris van mogelijkheden, zij het in een heel beperkte context, zoals herhaaldelijk is onderstreept, namelijk de context van de bewuste patiënt die nog bij machte is een keuze kenbaar te maken in samenspraak met zijn geneesheer.

De leden van het Raadgevend Comité hebben niet gekozen voor een of ander voorstel. Dat is hun rol ook niet en zij hebben dat duidelijk onderstreept. Zij hebben wel benaderingen, invalshoeken en allerlei elementen aangereikt waardoor het de wetgever mogelijk zal zijn keuzes te maken. De vertaling van al die elementen ligt technisch niet gemakkelijk. Dit mag ons echter niet beletten een oplossing te zoeken. Sommigen zullen hierop smalend antwoorden dat juristen altijd wel een oplossing vinden en dat is ook zo. De omzetting van een ethische benadering in rechtsconcepten is zeker niet eenvoudig. Professor Van Neste heeft gisteren duidelijk gewezen op de kloof tussen ethiek en recht in de verschillende formules, zelfs als de finaliteit van ethiek en recht dezelfde is.

Samen met anderen moeten wij vaststellen dat aan de basis van de vier voorstellen twee verschillende uitgangspunten liggen.

Het ene is het radicale afwijzen van enige wetswijziging — ik leg de nadruk op het woord «enige» — en dus het behoud van het status-quo. Sommigen menen dat op ethisch gebied geen enkele toegeving mogelijk is. Anderen zijn er vast van overtuigd — en ik eerbiedig die houding, hoewel ik er niet mee akkoord kan gaan — dat bestaande juridische principes een antwoord kunnen aanreiken.

Het tweede uitgangspunt — en daarmee gaan wij wel akkoord — is een wijziging van de wet. Met opzet spreek ik niet over de strafwet. Voor sommigen is een wijziging van de strafwet immers onaanvaardbaar. Ik kan eerbied opbrengen voor deze benadering. Wanneer voorstellen worden aangereikt die op min of meer genuanceerde wijze voorwaarden koppelen aan het niet strafbaar stellen van de levensbeëindigende daad, moet deze procedurele benadering ontegensprekelijk wettelijk worden geregeld.

Ter vrijwaring van eenieders recht moet er een wettelijke regeling komen die garanties inbouwt. Binnen het kader van het legaliteitsbeginsel is rechtszekerheid vereist. Zelfs indien de noodtoestand inhoudelijk wordt omschreven en procedureel wordt vastgelegd, dan nog staat de wettelijke omschrijving daarvan — zoals sommigen vrezen — doden niet uitdrukkelijk toe, wel worden dan de voorwaarden waaronder een levensbeëindigend ingrijpen niet strafbaar wordt gesteld, inhoudelijk omschreven.

Het gaat om een reden van verschoning die explicieter dan het algemene principe van de noodtoestand de geneesheer vrijstelt van een a posteriori juridische toetsing door een rechter. Een rechter heeft het besluitvormingsproces immers zelf niet meegeemaakt. Ondanks getuigenissen kan hij de afspraak niet vatten. Hij kan de draagwijdte van de vraag naar en het uitvoeren van het verlossend gebaar binnen de relatie patiënt-arts niet beoordelen, aangezien van hem een koele benadering wordt verwacht waarbij de essentiële getuige, de patiënt, afwezig is.

De SP-fractie kiest niet voor een specifiek voorstel. Wel zijn wij voorstander van een wettelijke regeling die het levensbeëindigend gebaar, dat onder de vooropgestelde voorwaarden wordt uitgevoerd, niet strafbaar stelt. Dit mag echter geen aanleiding geven tot een vertaling in absolute rechten. Zowel voorwaarden als begeleidende maatregelen zijn voor ons aanvaardbaar indien ze de uiteindelijke beslissing van de patiënt zelf waarborgen.

Sluit dit standpunt een brede maatschappelijke oplossing uit? Brengen wij daarmee geen eerbied op voor de benadering van anderen? Ik denk het niet. Ons standpunt komt eerder neer op een verduidelijking. Bij verdere analyse ervan kan het wellicht een oplossing aanreiken die op een brede maatschappelijke consensus steunt.

In dat verband is het nuttig en nodig om de standpunten van de verschillende fracties naast elkaar te leggen. Ik stel hierbij met vreugde vast dat elke fractie zich aansluit bij de definitie van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, zij het dat de invulling van de verschillende concepten niet noodzakelijkerwijze gebeurt op dezelfde manier, vanuit eenzelfde invalshoek en met dezelfde

interpretatie. Dit zijn de technische moeilijkheden waarover ik het daarjuist had. Zij moeten mogelijk in samenspraak worden verduidelijkt, nauwkeuriger omschreven en inhoudelijk bepaald.

Alle sprekers hebben gewezen op de essentiële rol van de arts. De informatieplicht, de samenspraak met de patiënt en de voorlichting aan de patiënt worden hierbij onderstreept. De uitbouw van de palliatieve zorg wordt door iedereen verdedigd.

Wat de kijk op het levenseinde betreft, onderscheidt dokter Van Orshoven drie categoriën van patiënten.

Een eerste groep van patiënten grijpt elke kans op leven aan en verwerpt elke mogelijke ingreep tegen het leven.

Een tweede groep van patiënten heeft last van angstpsychose. Zij zouden eventueel afzien van de irrationele beslissing die zij op een ogenblik van ondraaglijke pijn hebben genomen indien zij deskundig worden begeleid.

Een derde — zij het dan kleine — groep van patiënten handhaaft de wens dat de begeleidende arts het levensbeëindigende gebaar zou stellen. Ik ga akkoord met deze indeling die volgens mij duidelijk maakt dat de uitbouw van de palliatieve zorg onontbeerlijk is. Hierbij mag niemand worden gediscrimineerd. Elke patiënt, ongeacht de financiële draagkracht, moet kunnen rekenen op palliatieve verzorging, zowel thuis als in de instelling. Ook de zwakkeren hebben recht op de beste palliatieve zorg.

De standpunten van de verschillende fracties zijn op heel wat punten gelijklopend.

In dit serene debat krijgt iedereen de gelegenheid zijn persoonlijke benadering naar voren te brengen. Ik hoop dat wij vanuit dit debat zullen kunnen overgaan tot een aantal legistische ingrepen. Natuurlijk is daarmee de problematiek nog niet helemaal geregeld. Wij wachten nog op verder onderzoek van het Raadgevend Comité met betrekking tot de wilsonbekwame patiënten, waarbij er aandacht moet worden besteed aan het levenstestament en aan richtlijnen over de keuze van de arts en in verband met de vertrouwenspersoon, die de filosofische overtuiging van de patiënt moet waarborgen. Ik hoop dat wij de bespreking van dit alles in onze commissies nauwkeuriger, beter omljnd en meer diepgaand kunnen voortzetten. De toegevoegde waarde van de Senaat mag zich niet beperken tot een academisch debat waaraan uiteindelijk geen gevolg wordt gegeven.

Gezien de toon van de uiteenzettingen en van de teksten die ik heb gelezen, ben ik ervan overtuigd dat alle fracties die aan dit debat deelnemen, bereid zijn een effectieve oplossing te zoeken voor deze maatschappelijk schrijnende problematiek. (*Applaus.*)

M. le président. — La parole est à M. Foret.

M. Foret (PRL-FDF). — Monsieur le président, je me réjouis tout spécialement de la démarche qu'entreprend aujourd'hui notre assemblée en provoquant la discussion publique sur un sujet sensible et délicat qui fut trop longtemps exclu du débat politique.

Les tentatives de porter ce débat sur le caractère licite de l'acte d'euthanasie dans les enceintes politiques et parlementaires ne datent pas d'aujourd'hui. Pour ne prendre qu'un seul exemple, je rappellerai que voici quinze ans déjà, le député libéral Edouard Klein déposait une proposition de loi relative à l'interruption de vie afin de susciter le débat parlementaire. D'autres propositions suivirent, signées par d'autres auteurs. Toutes ont été, jusqu'à ce jour, vouées à la même destinée de l'oubli et du silence comme si le monde politique voulait jeter un voile pudique sur une préoccupation dont, partout ailleurs, on n'hésite pourtant pas à parler.

Notre débat d'aujourd'hui lève enfin ce voile et je m'en réjouis. Probablement faut-il voir dans ce comportement nouveau une prise de conscience du monde politique à l'égard de l'évolution des mœurs et des mentalités.

On le sait, depuis longtemps, les civilisations et les sociétés humaines se sont interrogées sur les conditions de la mort et se sont préoccupées de la mort sans souffrance. De la simple espérance d'endurer naturellement une mort sans souffrance, le concept d'euthanasie a cependant évolué. Dans les années 40, le grand romancier belge Charles Plisnier, dans son roman intitulé *Meurtres*, posait ouvertement le problème de l'assistance d'un

tiers en mettant en scène un mari qui, pour abrégé les souffrances intolérables de son épouse moribonde, provoquait délibérément l'issue fatale. L'euthanasie devenait ainsi, selon la définition qu'en donnait encore *Le Larousse* en 1980, une « théorie selon laquelle il serait licite d'abrégé la vie d'un incurable pour mettre fin à cette souffrance ».

Il est symptomatique que *Le Larousse* d'aujourd'hui ne donne plus de l'euthanasie la même définition qu'en 1980. Elle est devenue « l'ensemble des méthodes qui procurent une mort sans souffrance, afin d'abrégé une longue agonie ou une maladie très douloureuse à l'issue fatale ». L'idée d'une simple théorie est, on le voit, abandonnée. Et le dictionnaire parle ouvertement de « méthodes ».

Il n'était pas concevable qu'une assemblée parlementaire soit moins en prise directe qu'un dictionnaire de mots sur l'évolution récente de la société. L'initiative du Sénat, déjà largement répercutée par les médias, est un témoignage tangible de l'évolution des esprits et de la culture politique qui nous enjoint à nous souvenir que, selon l'adage ancien, « rien de ce qui est humain ne doit nous rester étranger ».

Sans préjuger des conclusions à venir, nous savons tous que le débat d'aujourd'hui est difficile. Pour chacun de nous, il s'agit, d'abord et avant tout, d'un débat avec soi-même, d'un débat qui nous confronte aux valeurs morales essentielles enfouies dans l'intimité de notre for intérieur. S'interroger sur le sens de la vie et de sa dignité, sur la manière d'appréhender la mort et sur les conditions de celle-ci sont des interrogations qui relèvent assurément du domaine de la conscience individuelle.

Le groupe PRL-FDF du Sénat est un groupe pluraliste. En montant à cette tribune, aujourd'hui, dans le cadre du présent débat, je n'aurai ni l'ambition ni la vocation d'exprimer le point de vue fort et intangible du PRL-FDF. Bien au contraire, celui-ci professe pour chacun de ses membres la liberté de pensée en matière d'éthique et, a fortiori pour ses parlementaires, la liberté de vote. Dès lors, il ne m'appartient pas d'engager la conscience d'autrui. Je serai donc simplement le porte-parole de neuf sénateurs PRL-FDF, c'est-à-dire de neuf individualités dont les convictions strictement personnelles restent nuancées, ainsi que viendront l'exposer à la tribune tout à l'heure l'un ou l'autre membre du groupe.

Cela dit, les sénateurs PRL-FDF estiment tous ensemble qu'un certain nombre de principes fondamentaux doivent être mis en évidence et doivent guider notre réflexion sur ce thème délicat de l'euthanasie. Dignité, liberté et responsabilité s'imposent avec force comme des valeurs essentielles qu'il est indispensable de respecter en toute circonstance.

En premier lieu, ne perdons jamais de vue que tout être humain est un sujet de dignité et qu'il importe de maintenir, en tout temps de la vie, l'éminente dignité de l'homme. Chacun doit pouvoir, en toutes occasions de sa vie comme au moment de sa mort, déterminer les conditions de cette dignité.

C'est dans ce contexte que se pose le problème de la souffrance du patient qui doit nécessairement être prise en compte. Nous concevons que, pour certains de nos semblables, une souffrance non dissimulée est incompatible avec la conception qu'ils se font de la dignité humaine.

Il nous paraît dès lors primordial qu'une bonne information soit fournie par les médecins et l'équipe soignante et que le meilleur traitement de la douleur et de l'angoisse soit appliqué au moyen de médicaments altérant le moins possible l'état de conscience du patient.

Il importe dès lors d'encourager le développement des soins palliatifs, tant à domicile que dans les hôpitaux, par un travail intégré d'une équipe pluridisciplinaire. Les soins palliatifs doivent constituer un élément de la pratique courante; ils sont une alternative digne, qui permet d'impliquer le patient en tant qu'individu avec toute sa richesse humaine, et pas seulement en tant que corps amoindri, ravagé par la souffrance physique ou morale.

La défense de la dignité humaine suppose dès lors la liberté de choix.

En principe, aucun acte médical ne peut être imposé à quelqu'un qui est en mesure d'y consentir ou de le refuser. Le respect de la liberté individuelle doit proscrire toute entrave à la liberté de chacun de suivre ce que ses propres choix moraux lui inspirent. Je l'ai dit, et il s'indique de le répéter: personne ne peut s'ériger en juge du bien ou du mal et prétendre régenter les choix que chacun entend faire sur les conditions de sa vie et de sa mort.

Cette liberté de l'individu implique qu'il puisse s'opposer à l'acharnement thérapeutique dont il pourrait faire l'objet.

Cependant, la liberté du patient ne doit pas occulter la liberté du médecin. Celui-ci doit demeurer libre d'interpréter selon sa conscience son serment d'Hippocrate. Il ne peut en aucun cas être contraint de participer, malgré lui, à un acte quelconque d'euthanasie.

Nous pensons également que l'accompagnement vers la mort des malades en phase terminale doit reposer sur une relation de confiance envisagée de manière triangulaire entre le patient, ses proches et l'équipe médicale; cette dernière dispose toutefois seule de la compétence nécessaire pour caractériser la gravité de la situation et ses possibilités d'évolution.

Nous ne croyons pas qu'il appartienne au législateur de s'immiscer a priori dans cette relation de confiance d'où doit résulter une décision finale sur le sort à réserver au malade. Pourquoi d'ailleurs penser a priori que le corps médical resterait en toute hypothèse étranger à des préoccupations de dignité humaine et pourrait manquer à son sens des responsabilités?

Cette responsabilité de la décision finale ne peut être assumée qu'après avoir pris en compte l'ensemble de tous les paramètres propres à chaque cas individuel. Je voudrais à cet égard que nous soyons particulièrement attentifs à éviter deux écueils.

D'abord, le testament de vie, s'il existe, ne doit pas se voir attribuer une valeur autre que purement indicative. Il n'est que l'un des éléments à prendre en compte dans l'appréciation globale du cas; les médecins confirmeront, j'en suis sûr, que les états d'âme d'un agonisant peuvent être essentiellement fluctuants, d'un jour à l'autre, voire d'une heure à l'autre, en fonction, notamment, d'une souffrance physique ou d'une désespérance mentale parfois simplement momentanée.

Ensuite, nous devons résolument et absolument combattre et rejeter toute idée d'euthanasie ou d'acharnement thérapeutique « économique ». Aucun intérêt économique, fût-il celui du particulier ou même celui de la collectivité, ne peut interférer dans la prise de décision.

Telles sont, monsieur le président, les valeurs fondamentales qui, pour nous, sénateurs libéraux, doivent à tout prix être préservées, quelle que soit la conclusion finale à laquelle nous conduit la présente discussion.

Cependant, je l'ai dit, le débat dans lequel nous sommes engagés aujourd'hui relève de la conviction intime. Dans le cadre d'une réflexion comme celle présentement entamée, l'essentiel n'est pas d'imposer ni même de convaincre autrui. Il ne s'agit pas, pour quiconque, de s'ériger en juge du bien ou du mal. Il ne s'agit pas de vouloir régenter les choix exercés par nos semblables sur les conditions de leur vie ou de leur mort. L'important est que chacun puisse justifier les raisons de sa conviction intime. L'humilité, la prudence, la volonté d'écouter doivent être les conditions et les vertus essentielles du dialogue qui se noue en ce moment entre des sensibilités philosophiques, morales ou religieuses diverses, et même entre personnes de profession différente.

D'aucuns, au sein de cette assemblée, peuvent considérer pour leur part qu'il s'indique de donner à l'euthanasie un statut pénal spécifique. Ce choix ne s'impose pas de manière évidente pour une majorité des sénateurs PRL-FDF. La discussion ouverte, sans a priori et sans préjugé, menée au sein de mon groupe, a dégagé un certain nombre de constats qui semblent objectifs.

En premier lieu, nous avons relevé que l'euthanasie ne constitue pas le seul domaine où le développement des techniques médicales aujourd'hui capables d'influencer l'existence humaine suscite des interrogations d'ordre éthique. Les découvertes dues à la recherche génétique fondamentale se sont multipliées au cours de ces

dernières décennies, et les technologies appropriées ont permis leur application quasi immédiate dans les pratiques scientifico-médicales usuelles.

La procréation médicalement assistée, l'utilisation d'être humains à des fins d'expérimentation scientifique, le sort réservé aux embryons surnuméraires, les problèmes liés aux dons d'organes ou encore les dérives possibles engendrées par les récentes possibilités de clonage doivent également compter au nombre de nos préoccupations éthiques sans qu'il soit ni simple ni évident de dresser entre elles un ordre adéquat de priorité.

Un comité de bioéthique, philosophiquement pluraliste et à composition pluridisciplinaire, a été institué en 1993 afin d'éclairer les assemblées parlementaires. Ce comité a déposé ses conclusions en mai 1997. Ses éminents représentants sont venus hier nous exposer avec talent et conviction leurs points de vue, qui restent, en fin de compte, forts différents.

Il était intéressant également de procéder à une étude comparative des législations étrangères. Nous constatons ainsi que peu d'États se sont dotés d'une législation spécifique en matière d'euthanasie, en vue de singulariser ce comportement par rapport aux incriminations pénales «classiques» que sont le meurtre, l'assassinat ou les coups et blessures.

Bien sûr, les Pays-Bas ont adopté une législation spécifique en avril 1994, mais celle-ci a été elle-même le résultat de tâtonnements de plus de 25 ans. Les Hollandais ne prétendent d'ailleurs pas avoir fait le tour de la question aujourd'hui.

Aux États-Unis, l'Oregon admet le suicide médicalement assisté alors qu'une quarantaine d'autres États de l'Union reconnaissent la validité du testament de vie.

Notons que l'Australie, qui avait adopté en mai 1995 une loi autorisant l'euthanasie — dans les seuls territoires du Nord — vient de faire marche arrière en abrogeant cette loi en mars de cette année 1997.

Qu'en est-il chez nous? Peut-on, en Belgique, soutenir être en présence d'un réel vide juridique qui ne permettrait pas de faire face aux diverses situations possibles? Certes, il n'existe pas actuellement de législation spécifique traitant du seul problème de l'euthanasie. Cependant, force est d'admettre que notre Code pénal contient un certain nombre de dispositions ouvrant à la fois des possibilités de poursuivre pénalement d'éventuels comportements abusifs et des possibilités de disculper ou de déresponsabiliser les auteurs d'actes d'euthanasie.

Les articles 392 et suivants du Code pénal qui visent les infractions de meurtre, assassinat et coups et blessures, peuvent assurément servir de base à d'éventuelles poursuites. Ces dispositions devraient concerner plus particulièrement l'euthanasie active qui implique l'accomplissement d'un acte destiné à donner la mort.

Pour ce qui est de l'euthanasie passive, qui consiste simplement à laisser mourir le patient sans lui administrer des remèdes, les poursuites éventuelles pourraient être basées sur l'article 422*bis* du Code pénal qui traite de la non-assistance à personne en danger.

Quant aux possibilités de disculpation, elles existent également dans notre code actuel. L'article 71 érige l'état de contrainte en cause de justification, qui supprime purement et simplement l'infraction. Apprécié par le juge à partir des éléments de fait propres au cas particulier, l'état de contrainte englobe les cas de contrainte morale. Or, la vue d'une souffrance intolérable dans le chef d'un malade peut certainement être à l'origine d'une contrainte morale, et donc d'une cause de justification.

Enfin, les articles 79 et suivants du Code pénal relatifs aux circonstances atténuantes permettent, quant à eux, d'atténuer la responsabilité. Ici encore, la souffrance du patient pourrait être invoquée comme circonstance atténuante à l'acte d'euthanasie.

Enfin, dans quel contexte pratique, médical et judiciaire, faut-il situer chez nous l'euthanasie? La pratique médicale montre qu'il existe dans notre pays un réel souci d'accompagnement vers la mort pour les malades en phase terminale. Cet accompagnement, qui est d'ordre psychologique et physiologique, est généralement le fait d'une équipe médicale et des proches du patient qui ont avec celui-ci une concertation suivie quant à la décision finale à prendre.

Cette concertation «patient-famille-corps médical» est basée sur la compétence d'avis que le profane concède au monde médical et sur la confiance réciproque que s'accordent tous ceux qui, professionnellement ou affectivement, se sentent concernés et préoccupés par le sort du malade.

Depuis plus de 20 ans, aucun médecin n'a été poursuivi dans notre pays pour avoir posé un acte d'euthanasie. La pratique judiciaire révèle donc que ces méthodes d'accompagnement, telles qu'elles sont pratiquées actuellement, ne génèrent pas d'abus débouchant sur des plaintes entraînant des poursuites habituelles ou répétées. Les parquets ne réclament pas de législation spécifique et l'opportunité de poursuivre ne suscite pas de discordances de vues gênantes d'arrondissement à arrondissement. La situation est, à cet égard, essentiellement différente de ce qu'elle était lorsqu'il s'est agi de dépénaliser l'interruption volontaire de grossesse.

Sur la base de ces divers constats objectifs, une majorité des membres du groupe PRL-FDF considère dès lors qu'il n'est pas actuellement opportun de modifier la législation existante et de légiférer de manière spécifique en matière d'euthanasie. Les instruments actuels du droit pénal classique semblent adéquats et suffisants pour permettre de faire face aux rares situations litigieuses dénoncées. L'opinion publique ne s'émeut pas et ne se mobilise pas particulièrement pour exiger de nouvelles normes juridiques. La pratique médicale actuelle, basée sur la confiance et le dialogue, semble bien perçue, bien reçue et généralement bien partagée.

Toutefois, si devait finalement prévaloir comme conclusion à l'issue de nos débats la conviction qu'il s'indique d'innover et de sortir de l'actuel cadre légal, sachez-le, les parlementaires libéraux francophones, en toute liberté et en toute conscience, ne seraient pas absents de la discussion législative. Il n'entre en effet pas dans nos intentions de rester à l'écart. Nous participerons évidemment à ce débat en toute liberté, en fonction de nos propres convictions.

Certains parlementaires PRL — je pense à notre ancien collègue sénateur Philippe Monfils ou au député Daniel Bacquelaire — sont d'ailleurs les auteurs de propositions de loi qui, à nos yeux, pourraient constituer une base de discussion valable. Ces propositions de loi visent à définir dans notre Code pénal les conditions dans lesquelles un homicide par euthanasie ne serait pas considéré comme un crime. Ces conditions sont au nombre de sept.

Premièrement, l'euthanasie doit être pratiquée par un médecin sur une personne majeure, à sa demande.

Deuxièmement, l'affection dont est atteint le patient doit être incurable, entraîner inéluctablement son décès dans un délai rapproché et causer des souffrances insupportables.

Troisièmement, le patient doit être informé du caractère incurable de la maladie, du caractère inéluctable du décès et du moment de la survenance probable, des moyens possibles pouvant soulager les souffrances, de la manière dont la vie serait interrompue.

Quatrièmement, un collège de trois médecins émettant leur avis à l'unanimité doit avoir constaté le caractère incurable de la maladie et le caractère inéluctable du décès.

Cinquièmement, le patient peut, à tout moment, révoquer sa demande qui doit avoir été formulée par écrit ou devant deux témoins majeurs, à deux reprises séparées par un délai de trois jours au moins, pendant lequel la consultation par le patient d'une personne de son choix est requise.

Sixièmement, l'acte de décès doit préciser que le décès est intervenu par application d'un acte posé à la demande du patient. Il doit indiquer les dates de formulation des deux demandes, les nom et prénom de la personne consultée par le demandeur et les noms et prénoms des trois médecins qui ont vérifié le respect des dispositions légales. Ce dossier est communiqué au procureur du Roi qui seul peut donner l'autorisation d'inhumer.

Septièmement, le médecin a le droit de refuser d'exécuter l'acte d'euthanasie et, pour toutes les questions légales, notamment en matière d'assurance, l'euthanasie ainsi pratiquée est assimilée à une mort naturelle.

Ces propositions restent volontairement modestes; leurs idées-force ne sont que fragmentaires par rapport à l'ensemble de la problématique de l'euthanasie. Elles n'ont pas l'ambition de rencontrer la généralité des cas auxquels la vie et la mort nous confrontent quotidiennement. Ainsi, dans les hypothèses expressément envisagées, resteraient encore sans solution humainement ou légalement satisfaisante le cas des malades ayant sombré dans l'inconscience et donc dans l'incapacité de manifester leur volonté ou le cas, éminemment douloureux, des enfants atteints de maladie incurable et pour lesquels toute décision ne pourrait être qu'extérieure à leur volonté.

Mon vœu est, dès lors, que le présent débat ne soit que l'entame d'une longue, sérieuse et approfondie réflexion qui doit se poursuivre sur le thème de l'euthanasie.

Un pas vient d'être franchi aujourd'hui. L'initiative du Sénat vient de mettre un terme à ce que certains ont appelé «l'hypocrisie du silence». Je ne voudrais pas qu'à celle-ci se substitue «l'illusion de la précipitation». Le dialogue entamé sur un sujet délicat mais

inévitabile, étant donné l'évolution actuelle des mœurs et des mentalités, doit se poursuivre et s'alimenter du fruit de nos expériences individuelles, sans tabou, sans crainte, sans intégrisme de la pensée, avec une volonté constante d'ouverture et d'écoute. La gravité du sujet nous impose cette lente maturation des problèmes et de leurs solutions éventuelles. Je ne doute pas que notre assemblée sénatoriale soit à même d'accomplir parfaitement cette mission. (*Applaudissements.*)

M. le président. — Nous poursuivrons nos travaux cet après-midi à 14 h 30.

Wij zetten onze werkzaamheden voort vanmiddag om 14.30 uur.

La séance est levée.

De vergadering is gesloten.

(*La séance est levée à 12 h 35.*)

(*De vergadering wordt gesloten om 12.35 uur.*)

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI — NAMIDDAGVERGADERING

PRÉSIDENTE DE M. SWAELEN, PRÉSIDENT VOORZITTERSCHAP VAN DE HEER SWAELEN, VOORZITTER

Le procès-verbal de la dernière séance est déposé sur le bureau.
De notulen van de jongste vergadering worden ter tafel gelegd.

La séance est ouverte à 14 h 40.
De vergadering wordt geopend om 14.40 uur.

EXCUSÉS — VERONTSCHULDIGD

MM. Staes et Urbain, en mission à l'étranger demandent d'excuser leur absence à la réunion de ce jour.

Afwezig met bericht van verhindering: de heren Staes en Urbain, met opdracht in het buitenland.

— Pris pour information.

Voor kennisgeving aangenomen.

EUTHANASIE — EUTHANASIE

Reprise du débat — Hervatting van het debat

M. le président. — Mesdames, messieurs, nous reprenons le débat sur l'euthanasie.

Wij hervatten het euthanasiedebat.

La parole est à Mme Willame.

Mme Willame-Boonen (PSC). — Monsieur le président, j'émettrai tout d'abord quelques réflexions fondamentales.

N'est-il pas curieux qu'à l'heure où se multiplient les demandes de procréation médicalement assistée, la demande de légalisation de l'euthanasie se fait de plus en plus pressante? Actuellement, l'on demande à la médecine non seulement la naissance mais également la mort.

Le champ d'action de la médecine a envahi toutes les étapes de l'existence humaine, ce qui contraint le législateur à y réfléchir.

D'un bout à l'autre de l'existence, l'homme est devenu un sujet pour la biomédecine. L'empire des «technosciences» s'est progressivement étendu, pour embrasser, jusqu'à ses limites essentielles, la condition humaine. La médicalisation de la vie et de la mort est l'un des traits marquants de notre époque. Il n'est pas étonnant dès lors que, face à cette maîtrise médicale des possibilités d'émergence et de conservation de la vie, l'on demande aussi à la médecine de résoudre certaines de nos interrogations existentielles. La médicalisation de l'étape ultime de la vie, est particulièrement angoissante, voire déprimante pour les patients.

La médecine devient de plus en plus technique. Parfois, le patient a l'impression que le médecin ne s'occupe que de son corps. Est-ce étonnant à l'heure où la médecine est de plus en plus spécialisée dans chaque organe, chaque partie du corps, certains négligeant l'histoire de la personne et sa psychologie? Il faut dire que la tentation existe de valoriser seulement les actes techniques. Ne faut-il pas bien évaluer les chances de réussite du «colloque singulier», rencontre d'une confiance et d'une conscience, colloque singulier sur la qualité duquel se base l'éthique médicale telle qu'elle a été, jusqu'à présent, formulée?

Le médecin n'a pas toujours le temps d'expliquer toute la technique qui reste, pour le patient, une magie obscure, effrayante. Cependant, même si l'utilisation d'une technologie de pointe aux approches de la vie finissante ne correspond pas toujours aux intérêts du patient, médecine de pointe et médecine humaine ne nous paraissent pas incompatibles. Mais il faut bien constater que les préoccupations économiques entrent de plus en plus en ligne de compte pour inciter à une surconsommation ou à une sous-consommation médicale, suivant les revenus du patient.

Quelle est, en fin de compte, la vocation de la médecine à la veille du XXI^e siècle? C'est là une interrogation fondamentale qui sous-tend le débat d'aujourd'hui.

Nous relevons une nouvelle demande sociale envers la médecine.

La vocation de la médecine a été de tous temps conçue comme celle de guérir, restaurer ou améliorer l'état de santé. Même si les choses évoluent ces dernières années, l'art de guérir n'est malheureusement pas encore conçu généralement comme l'art d'accompagner, d'entourer, de considérer la personne plutôt que sa maladie.

La demande sociale envers la médecine a, elle par contre, sensiblement évolué. Le patient demande la santé dont la notion a fortement évolué. La santé n'est plus seulement l'absence de maladie, elle est devenue aussi un état de bien-être beaucoup plus général, de bien-être social suivant la dernière définition de l'O.M.S. Le patient demande à son médecin beaucoup plus que la santé. Il lui demande de le rendre socialement bien portant et adapté. Il lui demande le bien-être moral et social. La chirurgie esthétique en est un bon exemple. La médecine n'est plus conçue comme stricte-

ment thérapeutique, hippocratique. Le patient demande plus que ce que la médecine hippocratique a classiquement pour objet de lui donner.

Si nous analysons l'attitude sociale face à la mort, deux attitudes, apparemment contradictoires, coexistent.

Le premier élément est la tendance au déni de la mort comme un événement vécu au cœur de la société. Nous constatons que, socialement, la mort devient un phénomène médical: 75 % des décès surviennent à l'hôpital. Il suffit de chercher dans les grands hôpitaux concentrationnaires où se trouve la morgue afin d'y saluer la dépouille d'un être cher pour vivre ce déni jusque dans ses propres os.

Le second élément est la volonté de conservation des interdits fondamentaux, repères structurants essentiels, comme l'interdit de l'inceste, la distinction entre l'homme et l'animal, le respect dû aux morts, l'interdit de tuer.

On assiste au déni de la mort comme phénomène social et la médicalisation de la mort, pour une mort propre et aseptisée. La mort, d'un phénomène social, devient un phénomène médical.

La technicisation de la médecine et la modification des structures familiales obligent souvent matériellement à hospitaliser les patients en fin de vie.

Dans le monde médical comme dans l'ensemble de notre société, la tentation du déni de la mort est grande. Pourquoi la mort médicalisée s'entoure-t-elle généralement d'un silence gêné? Quatre raisons expliquent ce déni.

La première est le refus de constater les limites de la thérapeutique.

La deuxième est que nous sommes aussi dans une société qui accorde une importance énorme à l'image, à l'esthétique. Les publicités qui mettent en scène des personnes âgées nous les montrent toujours belles, sans marque du passage des ans. Dès lors, nous acceptons mal la dégénérescence physique. Nous refusons de la voir comme le prix de la sagesse.

La troisième raison de ce déni de la mort dans notre société est d'ordre philosophique. Je vous renvoie à la fameuse phrase de Montaigne: «La mort n'est rien. Quand elle est là, nous ne sommes plus. Quand nous sommes, elle n'est pas là.» Certains courants philosophiques prônent la vie «dans l'instant», au jour le jour, alors que mourir est réellement le dernier acte existentiel de la personne. La médecine n'a pas le droit de confisquer cette mort, de la nier, sous peine de faire perdre à la vie elle-même son sens, puisque c'est cette conscience de la mortalité qui donne son sens à la vie. «La parole guérit, le non-dit tue, (...). C'est en parlant de la mort qu'on l'approuve.»

La quatrième raison de ce déni de la mort est une sorte de pudeur gênée qui surgit lorsqu'il faut bien constater que l'on est tenté de faire droit à certaines exigences d'efficacité et de compétitivité à l'encontre des droits du patient.

L'acharnement thérapeutique, l'abandon thérapeutique et les euthanasies clandestines ne sont que trois manifestations du déni de la mort de notre société.

La demande sociale de prise en charge globale de la personne, de respect de la personne dans toutes ses dimensions, ne se retrouve absolument pas dans ces manifestations du déni de la mort.

Deuxième principe contradictoire avec le premier: la volonté de conserver les interdits fondamentaux, structurants de la société, le maintien de l'interdit de tuer.

L'interdit fondateur de tuer est et doit rester l'un des principes de base de notre société, au même titre que l'interdit de l'inceste par exemple.

Pour le PSC, pour mon parti, le politique se doit de concilier deux aspects: respecter la demande sociale d'une prise en charge globale et qualitative de la personne dans toutes ses composantes et le droit de mener une fin de vie digne conforme à ses volontés dans le respect des repères structurants de la société. Par ailleurs, le PSC estime que la dignité humaine est l'une des valeurs fondamentales dont la protection est confiée à la loi, j'y reviendrai.

«Certains veulent des lois pour légitimer leur pratique, éviter les poursuites judiciaires et écarter les questions qui les embarrassent. D'autres demandent des lois pour interdire certaines pratiques jugées abusives ou socialement inacceptables. On parle de 'vide juridique' comme d'une catastrophe.»

La question relative à une législation sur l'euthanasie n'est pas autre chose qu'une interrogation fondamentale sur la manière d'accorder satisfaction à la demande sociale d'une prise en charge globale de la personne à l'hôpital ou à domicile, demande frustrée du fait du décalage existant entre la vocation initiale de la médecine à laquelle correspond encore globalement la mentalité hospitalière et le besoin plus global des patients, tout en maintenant les normes fondamentales, structurantes de la société, comme l'interdit de tuer.

La réalisation de cet objectif passe, pour le PSC, par une humanisation de la médecine, tendant à plus de protection de la dignité humaine, et spécialement des plus vulnérables. Mais de quoi parle-t-on lorsque l'on évoque la dignité humaine?

Une multitude de points de vue existent relativement à cette épineuse question. Certains conçoivent que le noyau dur de cette dignité se retrouve dans l'autonomie, la liberté de la personne humaine, l'autodétermination; d'autres conçoivent au contraire que la dignité de la personne humaine est inséparable du caractère quasi sacré de la vie humaine en tant que telle, même s'il ne s'agit plus que d'une survie biologique. Enfin, nous pensons que ni l'une, ni l'autre de ces approches extrêmes ne rendent compte de la réalité de la dignité de la personne humaine, personne à la fois unique et en relation avec les autres.

Parlons d'abord du culte de l'autonomie, de l'autodétermination qui incite à penser que la seule manière de protéger la dignité humaine est de protéger la liberté individuelle. Respecter autrui, c'est respecter sa liberté. Tout lui est permis pour autant qu'il ne nuise pas à ses contemporains. Il nous semble à nous que l'acte de mourir, aussi curieux que cela puisse paraître, intéresse la société dans son ensemble. Au même titre que la naissance, la mort est un acte social.

Par ailleurs, la valorisation de l'autonomie individuelle du patient inciterait à accéder à sa demande d'euthanasie, peu importe les causes profondes de cette demande.

Il faut pourtant comprendre que cette «autonomie» est téléguidée par l'entourage, par la société dans son ensemble, par rapport à laquelle se mesure le «taux d'adaptation ou d'inadaptation». Le patient en fin de vie, à qui l'on reconnaît un véritable «droit de mourir», osera-t-il ne pas demander l'euthanasie lorsqu'il se percevra comme une charge pour la collectivité? Assez paradoxalement, le fait d'exclure quelqu'un de la communauté des vivants peut générer, pour cette personne, la demande — qu'il croit personnelle — de ne plus vivre.

L'autonomie est un mythe, surtout à l'hôpital et en fin de vie. Combien de patients en fin de vie déclarent vouloir la mort à un moment, puis, après avoir reçu la visite d'un de leurs proches déclarent vouloir vivre? «La légalisation de l'euthanasie, même pour des cas exceptionnels, serait source d'interprétations abusives et incontrôlables: la mort serait décidée à la demande du patient, une demande certes respectable, mais dont l'ambivalence est profonde. Parfois interviendraient des considérations économiques, hospitalières, familiales ou idéologiques sans rapport avec sa détresse». Je cite ici le Comité consultatif national d'éthique français.

La sur-valorisation de la vie biologique est une autre tendance. Au moment même où la science permet de conserver la vie de plus en plus longtemps, se pose avec une acuité particulière la demande de dépénalisation de l'euthanasie. Il est vrai que la peur de l'acharnement thérapeutique est un facteur qui, dans certains cas, génère la demande d'euthanasie. Ne tombons pas dans le travers de la «biolâtrie»: conserver la vie à tout prix, et n'importe quelle vie! Pour nous, la dignité humaine ne réside pas, en tout cas pas uniquement, dans la survie biologique. Dans les situations de souffrances insupportables, réfractaires à toute stratégie palliative, il peut se concevoir exceptionnellement que le respect de la survie biologique soit surpassé par le souci d'éviter des souffrances inutiles. C'est ce que l'on appelle juridiquement une situation d'état de nécessité, situation dans laquelle les poursuites pénales sont inopportunes et où la transgression peut être justifiée.

Notre conception personnaliste de la dignité humaine ne la réduit ni à l'autonomie ni à la survie biologique. J'en reviens ici à la fameuse question : qu'est-ce que la dignité humaine ?

Ce n'est pas uniquement la survie biologique. Un corps inconscient doit être respecté comme une personne. Il n'y a pas d'homme-objet, quel que soit l'état d'un malade. L'homme n'est pas qu'un corps. Il est cependant d'abord un corps. Cette qualité corporelle d'être humain est suffisante pour impliquer des droits, même si elle est en elle-même insuffisante pour imposer des obligations.

La dignité humaine n'est pas non plus uniquement l'autonomie, la liberté individuelle, réelle ou postulée, le pur droit d'être laissé seul, la « *privacy* » américaine. L'humanité ne se mesure pas au seul degré d'autonomie ou de conscience de chaque citoyen.

La dignité de l'être humain se retrouve dans le caractère unique de chaque personne en relation avec les autres. Cette relation est salvatrice et donne un sens à la vie. L'impérative reconnaissance de la personne dans sa globalité, comme être unique et en relation, implique une éthique de la discussion que nous voulons mettre en œuvre.

Les quelques idées que nous vous livrons aujourd'hui ne reflètent que l'amorce d'une réflexion sur l'ensemble de la problématique de la fin de vie. Le cas du patient conscient, dont la situation médicale est sans issue et qui demande l'euthanasie, n'est effectivement ni le plus fréquent ni le plus complexe. Des problèmes éthiques aussi compliqués, voire plus compliqués, se posent à propos de patients inconscients ou incapables d'exprimer leur volonté, et à propos des « testaments de vie ». La position du PSC, que j'expose aujourd'hui, se conçoit donc encore comme une position partielle, le premier jalon d'une réflexion plus globale.

Nous avons la conviction, au PSC, que le législateur doit être extrêmement prudent. Il s'avère que nos connaissances de ce qui se fait sur le terrain sont particulièrement imprécises. Nous n'avons, par définition, aucun chiffre pour apprécier l'importance du phénomène des euthanasies dites « clandestines ». Les médecins ne parlent pas volontiers de leur pratique lorsque celle-ci peut être qualifiée d'« euthanasique ». Le législateur doit être humble aussi, car son outil, la loi, paraît souvent particulièrement rigide, inadapté pour comprendre toutes les nuances de chaque situation concrète. Il s'agit de la vie, il s'agit de la mort. Quoi de plus intime et de plus personnel ? Ce n'est qu'avec mille précautions que la loi peut s'immiscer dans les situations humaines de fin de vie.

Les matières dites « bioéthiques » sont, par nature, pluridisciplinaires. Nous voulons d'entrée de jeu souligner que la loi ne peut tout régler. Il faut ici faire une large place à l'éthique médicale, à la déontologie et à d'autres disciplines encore, sans la collaboration desquelles les solutions proposées ne sauraient être que partielles.

Le législateur ne peut pourtant s'abstenir de défendre et d'arbitrer entre les valeurs dont la garde lui est confiée : il s'agit, notamment, de la valeur sociale et morale de la vie humaine, d'une part, et de celle, tellement délicate, de la qualité de cette vie humaine, d'autre part. Le débat est difficile, les pressions potentielles sont importantes ; pressions idéologiques, certainement, qu'il ne faudrait pas caricaturer en les réduisant à une opposition simpliste entre catholiques et laïques — nous avons pu constater, hier, à quel point celle-ci s'estompait face à d'autres oppositions.

Ce n'est certainement pas là que le clivage est le plus clair, et nous nous en réjouissons. Les pressions économiques, les impératifs de la « compétitivité » se font également sournoisement sentir. Ce n'est pas une chose neuve. Platon déjà légitimait l'euthanasie par ces mots : « Chaque citoyen a un devoir à remplir dans un État bien policé ; personne n'a le loisir de passer sa vie dans les maladies et dans les remèdes. Tu établiras dans l'État une discipline et une jurisprudence telles que nous l'entendons, se bornant à donner des soins aux citoyens qui seront bien constitués de corps et d'âme. Quant à ceux qui ne sont pas sains de corps, on les laissera mourir... »

J'en arrive à la position du PSC sur la question : faut-il légiférer en matière d'euthanasie ? Le principe central pour toute la réflexion du PSC sur la question de l'euthanasie est le respect de la dignité de la personne humaine dans le sens que j'ai tenté de lui assigner. Le PSC estime en outre que la protection des plus vulnérables

et des moins autonomes de notre société est l'une des valeurs fondamentales confiées à la garde de la loi. Pour le PSC, priorité doit être donnée à l'objectif de prévention des demandes d'euthanasie. Le PSC conçoit que cette prévention des demandes d'euthanasie passe nécessairement par trois éléments : la lutte contre l'acharnement thérapeutique, la lutte contre l'abandon thérapeutique et le développement et la généralisation de soins palliatifs de qualité.

Je vais, bien sûr, vous parler de l'acharnement et de l'abandon thérapeutique. Mme Delcourt, quant à elle, vous entretiendra des soins palliatifs.

Tout d'abord, permettez-moi d'ouvrir une brève parenthèse concernant la vérité à dire au patient. Le patient a le droit de savoir. Il a aussi le droit de ne pas savoir. Que doit dire le médecin ? Il doit dire la vérité au patient s'il la lui demande. La tentation est grande pour le médecin de dire à un patient angoissé dont le diagnostic apparaît néfaste que tout va bien et qu'il est bien. Cette forme de déni de la mort, qui transparait dans le mensonge, peut avoir des effets désastreux : le patient qui se croit bien risque de refuser les traitements palliatifs et de demander au médecin de poursuivre des traitements à visée curative, alors que ces derniers, devenus inutiles, risqueraient d'avoir des effets secondaires néfastes. Que faire d'autre que s'acharner ? ... Jusqu'au jour où l'euthanasie apparaît comme la seule solution pour s'arracher au cercle vicieux.

Il faut dire la vérité au patient, lorsqu'il la demande. Il existe mille façons de le faire, le tout étant de tenir compte, dans la façon de parler de la fin inéluctable, de l'histoire personnelle de la personne, de sa manière d'appréhender la mort.

Mais revenons un instant sur l'acharnement et sur l'abandon thérapeutiques. Lorsque les actes techniques demeurent impuissants, le monde médical oscille entre l'indifférence feinte et l'acharnement : tout sauf reconnaître le caractère humain de cette mort inéluctable, tout sauf reconnaître l'impuissance médicale en cette fin de vie.

L'acharnement thérapeutique est en effet souvent la manifestation du refus de concéder les limites de l'art de guérir. Le souci de rentabiliser des investissements en matériel, le besoin d'expérimenter entrent, bien sûr, aussi en ligne de compte. Personnellement, je considère que le patient est toujours une fin, jamais un moyen. Il faut remarquer que l'euthanasie « clandestine », la prescription de cocktails lytiques, suit bien souvent une phase d'acharnement.

L'abandon thérapeutique, c'est l'oubli volontaire du malade. On le laisse mourir seul ; on ne pénètre dans sa chambre que pour vérifier qu'il n'est pas encore mort. Trop souvent, le monde médical a l'impression que là où les remèdes ne sont plus capables de guérir, ce qui reste ne peut être entouré que d'un silence gêné.

Dans l'hypothèse de l'euthanasie clandestine, initiée, dans certains cas, à la demande de la famille et pratiquée à l'insu du malade lui-même, laisser mourir ne suffit pas, il convient de hâter cette mort passeuse, cette agonie coûteuse, qui ne rapporte plus rien. C'est dans cet esprit que sont administrés, par perfusions, des « cocktails lytiques » qui hâteront la mort. Cette pratique ne peut être qualifiée autrement que d'eugénisme économique, voire d'eugénisme social, inacceptable en démocratie. Si l'on ne peut plus rien faire pour les organes, l'on peut encore faire beaucoup pour la personne ou, plutôt, avec la personne. Celle-ci a droit aux soins palliatifs, ma collègue Mme Delcourt reviendra tout à l'heure sur ce point.

Les euthanasies clandestines, pratiquées le plus souvent à l'insu du patient inconscient, souvent après une phase d'acharnement, sont la forme suprême du déni de la mort. L'acte existentiel de la mort est confisqué au patient et il est tellement bien dilué que personne n'est responsable et que la mort elle-même en perd tout son sens.

Nous avons vu que, pour le PSC, priorité doit être donnée à la prévention des demandes d'euthanasie. Nous envisageons, en outre, une modification de l'arrêté royal numéro 78 sur l'art de guérir afin d'y insérer explicitement les droits des patients — de tous les patients — et les obligations corrélatives des médecins. La modification de cette législation sur l'art de guérir devrait ainsi être l'occasion d'insister, notamment, sur l'obligation pour le

médecin de donner au patient l'information adéquate quant au but, à la nature, aux conséquences et aux risques de toute intervention médicale, et de souligner la nécessité de l'obtention du consentement du patient préalablement à tout acte médical.

Le PSC veut aussi promouvoir une véritable éthique de la discussion par le biais du dialogue entre le patient, le médecin et l'équipe soignante. À cette fin, il nous semble souhaitable d'organiser, pour toute décision médicale délicate et pour toute situation difficile, un encadrement procédural du processus décisionnel. Parmi ces situations délicates, on trouve notamment, mais pas exclusivement, le cas du patient en fin de vie. La demande d'humanisation de la médecine est une demande qui s'exprime non seulement en rapport avec les situations de fin de vie, mais aussi et beaucoup plus globalement, dans toutes les situations où le patient est confronté à un problème de santé et, plus particulièrement, lorsque les décisions médicales difficiles doivent être prises.

Un tel encadrement placé dans le contexte de l'éthique de la discussion met le patient au centre d'un processus interprofessionnel de décision dans lequel sa demande spécifique peut être écoutée et prise en compte. Le colloque singulier entre le patient et son médecin — la rencontre d'une confiance et d'une conscience — est un élément essentiel sur lequel se fonde l'éthique médicale. Nous notons pourtant que dans bon nombre de cas, le médecin se voit contraint de prendre des décisions d'une gravité et d'une complexité telles qu'une ouverture sur l'extérieur de ce colloque singulier nous paraît nécessaire. Nous ne concevons évidemment pas que les personnes extérieures se constituent en juges de la demande du patient. Le médecin seul prendra ses responsabilités. Il sera aussi seul responsable devant la société des actes qu'il pourrait poser. Les avis qu'il sera amené à prendre dans le cadre de la «procédure» de concertation ne seront nullement contraignants, leur seul objet étant d'éclairer la décision médicale.

Tout cela pourrait être concrétisé par l'organisation, dans le cadre de la modification envisagée de l'arrêté royal numéro 78 sur l'art de guérir, d'une procédure de concertation préalable impliquant la prise d'avis d'au moins un autre médecin compétent, de l'équipe soignante, des proches, si le patient le souhaite, et la mise en œuvre des cellules d'aide à la décision — nous pensons ici, notamment, aux comités d'éthique hospitaliers. Le médecin devrait, en outre, consigner dans le dossier médical, d'une manière détaillée, le contenu des décisions prises et des actes posés. Même si la comparaison peut paraître affreusement prosaïque et tragique, le dossier médical serait ainsi comparable à une «boîte noire» que l'on n'ouvrirait qu'ultimement, en cas de problème, pour sauvegarder au maximum le secret médical.

Il va de soi que cette procédure devra également être adaptée pour le cas des patients à domicile ou en maison de repos.

La prévention des demandes d'euthanasie, la modification de la législation sur l'art de guérir sont, schématiquement, les deux premiers axes de la position du PSC.

Le PSC considère enfin que l'interdit de tuer est et doit rester l'un des principes de base de notre droit pénal, dont la fonction essentielle est de garantir la valeur morale et sociale que constitue le respect de la vie.

Le PSC est dès lors opposé à toute modification du Code pénal dans le sens d'une norme générale et abstraite qui autoriserait, même à certaines conditions spécifiques, la pratique de l'euthanasie.

Une telle légalisation serait en effet dangereuse notamment par les abus auxquels elle pourrait mener. Elle nous paraît en outre inutile puisque, dans les cas extrêmes et rares — nous pensons aux situations de souffrance insupportable, réfractaire à tout traitement palliatif —, la notion jurisprudentielle d'état de nécessité vient nuancer les effets parfois trop rigides de cet interdit absolu. Dans ces situations extrêmes, le médecin est confronté à un authentique dilemme éthique, à un conflit de valeurs. Lorsqu'après avoir suivi la procédure de concertation que nous préconisons, il estime en conscience que le respect de l'interdit pénal mettrait à mal, d'une manière excessive, cette autre valeur qu'est la dignité humaine, il se conçoit dans certains cas que la sanction pénale serait inopportune. Le ministère public a bien sûr, dans ces cas, le loisir de ne pas poursuivre. En outre, le juge saisi du fait,

constatant l'état de nécessité dans lequel se trouvait le médecin, considérera que l'acte euthanasique était, en l'espèce, justifié. L'euthanasie pratiquée en cas d'extrême nécessité revêt pour nous le caractère d'une exception et d'une transgression éthique.

En guise de conclusion provisoire — puisque nous n'analysons aujourd'hui qu'une partie de la problématique de l'euthanasie, en nous appuyant sur l'avis rendu par la commission d'éthique —, je dirai que pour le PSC, mourir concerne toute la société, et pas uniquement le monde médical, même si, actuellement, la mort se produit le plus souvent à l'hôpital.

Nous voulons rendre à une médecine de plus en plus technique son visage humain. Nous voulons que les droits humains fondamentaux de la personne, quel que soit son état de vulnérabilité et de dépendance, soient respectés.

Mourir dans la dignité, n'est-ce pas avant tout se sentir accepté, jusqu'au bout, dans la communauté des vivants ? Il y a urgence à briser le tabou, le cercle infernal du déni de la mort, le miroir déformant de la peur, du refus de voir la mort face à face. Nous avons banni la mort de notre quotidien; très peu de gens meurent aujourd'hui chez eux, entourés des leurs. Nous avons oublié la dimension sociale de cette mort qui, pourtant, est le passage ultime permettant de donner un sens à la vie. Il est vrai que la tentation est grande de laisser le mourant dans sa solitude, tant ses cris sont déchirants, tant est obsédante précisément sa demande de ne pas être seul. Le malade n'est pas le seul à avoir peur de la mort. C'est peut-être même moins par lui-même que par les autres qu'il a peur. Voir l'effroi dans les yeux de ceux qui le regardent incite bien souvent le patient à demander la mort. (*Applaudissements.*)

De voorzitter. — Het woord is aan de heer Buelens.

De heer Buelens (Vl. Bl.). — Mijnheer de voorzitter, ten overvloede wil ik de bepaling van euthanasie die het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft opgesteld, herhalen: «Het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene op diens verzoek.» Hetzelfde comité wijst ook op de twee aspecten die kunnen worden besproken; het zuiver ethisch probleem, te weten de morele verantwoording van het euthanaserend handelen, en het juridisch probleem, te weten de wenselijkheid van een wetwijziging.

Voor beide aspecten heb ik een aantal getuigenissen genoteerd die mijn visie en die van het Vlaams Blok verduidelijken. Zoals vermeld staat in de nota van de Vlaams Blok-fractie, zijn wij van oordeel dat een eventuele wetwijziging enkel kan leiden tot de verzwakking van het absolute karakter van het menselijke leven. Deze verzwakking ontmenselijkt onze samenleving en is bijgevolg onaanvaardbaar. De artikelen van het Strafwetboek in verband met doodslag moeten dan ook behouden blijven. Beseft men in politieke en wetenschappelijke kringen wel waarmee men bezig is, wanneer een mens het leven van een andere mens, al dan niet op diens verzoek, kan beëindigen? Want zo ver gaat men!

Ik zal aansluiten bij de trend van de nieuwsberichten op radio en televisie en beginnen met een getuigenis in *De Morgen* van 14 mei 1997: «Na zijn derde ziekenhuisopname, die 24 weken duurde, ging hij voor goed naar huis. «Om er te sterven» blikt hij een jaar later terug. Alain, een veertiger uit het Brussels, had zelfs om euthanasie gevraagd, maar de artsen weigerden erop in te gaan. «Ze hadden gelijk», lacht hij. In mei vorig jaar startte de tritherapie, het nieuwste wapen tegen aids. De cocktail van geneesmiddelen bleek bij Alain, net als bij vele andere seropositieven, aan te slaan. Van een 40 kg wegende patiënt die niet meer kon lopen, veranderde hij in een gebruinde 144-ponder. Hij is nu net terug van een sportieve vakantie op de Caribische eilanden.»

Ik citeer nu uit een interview met dokter Malfliet in *Knack* van 17 augustus 1997: «Men kan een lijk in leven houden. Dat gebeurt soms uit nutsoverwegingen, om organen te gebruiken voor transplantaties. Er zijn mensen die weken na hun klinische dood nog wakker worden. Hier kan men geen wetten over maken. Dat moet aan dokters worden overgelaten. De laatste levensdag van een patiënt is zeer belangrijk. Ik heb demente patiënten de laatste uren van hun leven verstandig horen praten. Doven kunnen soms een paar uren horen. Meestal willen deze mensen nog in het reine komen met één of ander punt uit hun leven. We mogen hen dat niet afnemen.»

Dezelfde dokter Malfliet verklaarde in *Nucleus* van maart 1997: «Quasi alle experten die werkzaam zijn bij stervenden, zijn van oordeel dat elke vraag om euthanasie vanwege een patiënt wijst op de incompetentie van de geneesheren of de liefdeloosheid van de omgeving.» De getuigenis die mevrouw Bernadette Wouters hier gisteren gaf, was op dit gebied veelzeggend.

In verband met het thema liefdeloosheid wil ik een specialiste in de liefdevolle benadering van terminale patiënten citeren, namelijk zuster Leontine. Na jaren ervaring stelt deze vrouwelijke arts vast: «De vraag naar euthanasie wordt niet gesteld omwille van ondraaglijke pijn, maar telkens in een periode van diepe depressie, als de zieke geen moed meer heeft of de angst om wat nog komen moet, niet meer kan dragen. «Het is mijn ervaring», zegt zuster Leontine, «dat mensen zich soms afvragen hoe ze zo ver konden komen en dan blij zijn dat ze er nog zijn.»

Wie zijn wij toch, dames en heren politici en wetenschappers, dat we menen een waarde- of een kwaliteitsoordeel over het leven te mogen vellen en te mogen concluderen dat dat leven mag worden beëindigd? Bij het beoordelen van zware misdaden van moordende en recidiverende pedofielen streeft men naar een uiterst doorgedreven recht op verdediging. Tegenwoordig is het in die strafzaken zelfs politiek correct tegen de doodstraf te zijn. Men is bang op basis van verkeerde gegevens een mens te doden, hoe monsterachtig zijn gedrag ook was. Wat gebeurt er echter bij de euthanasie die sommigen propageren? Op aanvraag van een patiënt of na een akkoordje tussen dokter en patiënt of tussen dokter en de al dan niet geïnteresseerde familie treedt men levensbeëindigend op. De cijfers in Nederland spreken boekdelen. Ook in België zal er een wetgeving komen. Een voortvarende minister van de Vlaamse regering heeft reeds een decreet opgesteld. Het wordt door advocaat Jan Ghysels, specialist administratief recht, juridische waanzin genoemd.

Op een colloquium dat georganiseerd werd door het UFSIA, kreeg ik de gelegenheid de visie van het Vlaams Blok over euthanasie uiteen te zetten. De mij toegemeten tijd was echter te kort, zodat mijn betoog overkwam als gehakt stro, zo merkte een «scherpzinnig» journalist in *De Standaard* op. Als journalisten het Vlaams Blok aanvallen, zijn ze altijd scherpzinnig. Deze journalist vond het belachelijk dat ik onze wettenmakers hekelde en dat ik op het gevaar wees van een grensverleggende wet. Het doet me genoegen dat mijn wantrouwen en vrees bevestigd worden door een specialist terzake, een man van het vak, die zegt dat men beleidsvoering en wetgeving verwacht. Vage begrippen als «verantwoorde zorg», «respectvolle behandeling», «maatschappelijke aanvaarding», kunnen volgens hem beleidsmatig worden gehanteerd, maar in rechtsregels weet niemand wat er precies mee wordt bedoeld. Een van de veel gebruikte begrippen is «de kwaliteit» van het leven. Het ontbreken van die kwaliteit of een vermindering ervan zou een van de voornaamste redenen zijn om tot euthanasie over te gaan.

In deze eindejaarsperiode — maar eigenlijk het hele jaar door — komen er tal van vragen om steun binnen van gehandicapte mensen, mensen die de moed hebben om met hun handicap naar buiten te komen en steun te vragen voor hun kwalitatief verminderd leven. Wat is de kwaliteit van het leven van die schilders die met mond en voet schilderen? Wat had men volgens de personen die menen de kwaliteit van het leven te kunnen beoordelen, moeten doen met de schrijver van *My left foot*, die enkel een teen had om mee te schrijven. Wat had er moeten gebeuren met de doofstomme en blinde Helen Keller?

Een vergelijking met de abortuswet is aangewezen. De Baselse professor Max Thürkauf noemt euthanasie de logische zuster van abortus. Na twintig jaar abortus komt er onvermijdelijk een dag dat er geen jongeren meer zijn om de ouderen te verzorgen. Dan is de tijd van de eedverbrekende dokters gekomen. Wie de demografische gegevens kent, weet dat we naar dergelijke toestanden evolueren. Dit is waarschijnlijk een van de redenen waarom men nu de vervroegde levensbeëindiging promoot. Men heeft nog net niet het lef om het levensonderbreking te noemen, zoals men het bij abortus doet.

Net zoals vruchtafrijving is euthanasie onomkeerbaar. Het begrip «dringende noodzaak» in de abortuswet heeft zowat alle achterpoortjes opengemaakt. Een depressieve moeder mag abor-

tus plegen wanneer een bevalling haar herstel hindert. Een kamer-tje te weinig en wat geldgebrek rechtvaardigt het etiket «ongewenst kind».

Men is te gemakkelijk van grensoverschrijdende naar grensverleggende handelingen gegaan. Dat wil het Vlaams Blok nu verhinderen. We rekenen erop dat ook andere verantwoordelijken zich in deze optiek kunnen terugvinden. Ik meen reeds dergelijke stemmen te hebben gehoord.

Hoe gevaarlijk is de term «maatschappelijk aanvaardbaar»? Wivina De Meester gebruikt deze term in haar voorstel van decreet. Meester Ghysels hekelt dit begrip en stelt hieromtrent een aantal vragen. Mag iemand die zich kapot gedronken heeft, een levertransplantatie krijgen? Mag een kettingroker nog een longtransplantatie krijgen? Wie bepaalt wat een kettingroker is?

Moeten we het antwoord op deze vragen aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek overlaten? Het comité kwam tot zeer verdeelde besluiten. René Stockman, provinciaal van de Broeders van Liefde, zegt hierover in een interview met *Pro Vita*: «Dit comité is een uitgebreide groep, 35 in het totaal, van specialisten op het vlak van medische ethiek, zorgvuldig samengesteld en rekening houdend met de aanwezigheid van de verschillende filosofische en religieuze overtuigingen en de politieke strekkingen en, zoals het in België past, met een evenredigheid op politiek gebied. Voor een dergelijke uitgebreide en gevarieerde groep zal het uiterst moeilijk worden om tot uitspraken te komen die groeien tot een consensus en zal men wellicht steeds in de sfeer van compromissen moeten handelen. Quid de waarde van deze afgevlakte uitspraken, stellingen en adviezen, wanneer ze slechts het compromis zijn van toegevingen allerlei?»

Als we het dan toch hebben over een mogelijk lichtvaardige en bijgevolg gevaarlijke benadering van die hoogste waarde die het leven is, zoals mevrouw Willame daarnet reeds zegde, dan kunnen we niet nalaten te wijzen op het hedendaagse zedenverval. Reeds in 1977 kom men in het boek *Changer la mort* van Schwarzenberg en Viansson daaromtrent de volgende pertinente bespiegeling lezen: «Al deze lui die, om ongehinderd in vakantie te kunnen vertrekken, de bokaal met het goudvisje leegkiepen in de gootsteen, hun hond of kat loslaten in volle veld en hun valiede grootmoeder afleveren in het ziekenhuis met de vraag ze een maand te houden: gelooft iemand niet dat ze het middel zouden vinden om een euthanasie-aanvraag volgens de voorgeschreven wettelijke vorm te doen ondertekenen door een grootouder, die wat kinds is? En wat zou de bekoring groot zijn om zich op die manier te doen ontdoen van een oom met een aanzienlijke erfenis, die bezig is zijn centen op te snoepen.»

Iedereen kan vaststellen dat geweld en agressie sinds 1977 een maatschappelijk gegeven geworden zijn. Men zou dus beter moeten weten en niet moeten proberen moeilijk, om niet te zeggen onmogelijk, te omschrijven toestanden in een wet te gieten, een wet die handelt over leven en dood. De dokters moeten aan de nog altijd geldende eed van Hippocrates denken, de wetgevers aan hun beperktheid en hun verantwoordelijkheid.

Naast al deze euthanasie-afwijzende raadgevingen en getuigenissen mag men het positieve alternatief zeker niet vergeten. Veruit de beste opvang van terminale patiënten is de palliatieve verzorging, in een ziekenhuis of thuis. Die palliatieve verzorging werd vorig jaar wel vergeten door de ministers Colla en De Galan. Omdat een of ander dossier zoek was geraakt, kon de hiervoor bestemde anderhalve miljard frank niet worden uitbetaald. Een scherpe illustratie van hoe onze ministers met deze zaken omgaan!

Toch ligt de humane oplossing voor een humaan levenseinde precies in een liefderijke, gespecialiseerde opvang door een team van verzorgers, dokters, psychiaters en, zo mogelijk, naastbestaanden en vrienden, die de geestelijke en fysieke noden van de terminale patiënt opvangen. Er bestaan reeds tehuizen en ziekenhuizen waar dergelijke teams hoog gewaardeerd werk verrichten en er komen er nog gestadig bij, zij het veel te weinig.

Dezelfde vergeetachtige minister De Galan heeft op een vraag van collega Lowie wel geantwoord dat het kostenverschil tussen thuisverzorging en verzorging in een ziekenhuis zal worden weggewerkt. Het is die weg die het Vlaams Blok wil ondersteunen. Het Vlaams Blok kiest voor het leven, opdat terminale

patiënten om het met de woorden van Jos Ghoois in zijn boek *In de schaduw van de dood* te zeggen — «er absoluut zeker van zijn dat het binnenkomen van artsen of verpleegkundigen nooit het aantreden is van potentiële doders, maar van heilbrengers, nu eens door genezing aan te brengen, dan weer door een moeizame of nutteloze therapie af te bouwen en alleszins hun lijden te verzachten». Hiermee wil ik mij ook ten stelligste afzetten tegen het hanteren van «therapeutische hardnekkigheid».

De collega's van de partijen die nog altijd de C van christelijk of *chrétien* in hun vaandel voeren, herinner ik aan een uitspraak van hun kardinaal. Ik noem hem hun kardinaal, omdat hij zich politiek correct heeft gedistantieerd van «de wilden» van het Vlaams Blok.

In het waarschijnlijk geciviliseerde en katholieke weekblad *Humo* werd hem volgende vraag gesteld: «Drie jaar geleden hebben de Belgische bisschoppen een gemeenschappelijke verklaring uitgegeven waarin euthanasie resoluut werd afgewezen. 'De mens kan niet zo maar over zijn leven beschikken', zei u toen. Als ik het goed begrijp laat dat standpunt geen enkele manoeuvreerruimte toe.» Danneels antwoordde hierop: «U hebt het goed begrepen. En als u het goed begrijpt, zal de CVP het ook wel begrijpen zeker?» Ik geef dit citaat ter overweging aan de zogenaamde progressieven van die partijen.

Ik wil eindigen met een citaat van de kampioen van de liefdadigheid in zijn uiterste vorm, moeder Teresa: «Lichamelijk zieken kunnen we genezen met medicamenten, maar voor eenzaamheid, vertwijfeling en uitzichtloosheid is liefde het enige geneesmiddel.»

De Vlaams Blok-fractie wijst een specifieke euthanasiewetgeving resoluut af. Het strafrecht, meer bepaald de artikelen van het Strafwetboek inzake doodslag, moet van toepassing blijven op euthanasie. Het zelfbeschikkingsrecht geeft de patiënt evenwel altijd recht op pijnstillende middelen in het kader van een palliatieve hulpverlening, ook als zij het levensproces verkorten. (*Applaus.*)

De voorzitter. — Het woord is aan de heer Loones.

De heer Loones (VU). — Mijnheer de voorzitter, ongeveer twee jaar geleden kwam de Volksunie tot de conclusie dat in Vlaanderen een consensus inzake euthanasie mogelijk moest zijn. Het Vlaams Verbond voor Gepensioneerden, een pluralistische seniorenvereniging, die aanleunt bij het Vlaams-nationalistische gedachtegoed en inzake ethische kwesties niet kan verdacht worden van overdreven progressiviteit, hield op 26 oktober 1995 een congres «Waardig sterven», gewijd aan palliatieve zorg en euthanasie.

Bij de uiteraard heel geïnteresseerde aanwezigen werd een enquête georganiseerd, waaraan 165 personen deelnamen. Een meerderheid van de ondervraagden, 77 personen, was van mening dat de arts op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt mag ingrijpen om het leven te verkorten of te beëindigen. 67 deelnemers waren daarentegen van oordeel dat de arts enkel mag optreden wanneer zo het lijden van de terminale zieke kan worden verlicht of vermeden. 21 personen namen geen standpunt in. De ondervraagden beslisten met kennis van zaken, aangezien de enquête pas na een zeer degelijk congres werd gehouden.

De enquête polste ook naar de wenselijkheid van een wettelijke regeling. 73 personen vonden dat euthanasie wettelijk geregeld moest worden. 44 personen waren tegenstander van een dergelijke regeling en 37 deelnemers hadden hierover nog geen mening. Er waren ook 11 blancoformulieren.

De slotbedenking van het congresrapport luidde als volgt: «Uit de hoogstaande referaten en het dito debat bleek heel duidelijk dat de standpunten van de voorstanders en van de tegenstanders van euthanasie heel dicht bij elkaar liggen en dat er in Vlaanderen een consensus over dat delicaat probleem mogelijk is.»

Bij de Volksunie werd uiteraard ook gestudeerd op dit onderwerp. Een ethische commissie van de VU heeft op 17 februari van dit jaar een standpunt aangaande euthanasie ingenomen. Hierover werd niet gestemd in de partij-organen, maar het werd wel uitgebreid besproken in het partijbestuur en in de partijraad. De commissie was samengesteld uit een aantal VU-leden uit de medische en paramedische wereld. Ze heeft geen

precieze wetgevende voorstellen geformuleerd, maar heeft wel enkele bakens — soms zeer verregaand — uitgezet. Er werd uiteraard van uitgegaan dat bij een eventuele stemming over een euthanasiewetgeving de VU-parlementsleden volgens hun geweten kunnen stemmen.

De commissie benadrukt dat palliatieve zorg vooropstaat bij de zorg naar menswaardig sterven. De vraag naar euthanasie dient zo veel mogelijk te worden beperkt door een beter uitgeruste palliatieve zorg uit te bouwen. Dit is bijna een gemeenplaats geworden. Er is eveneens een consensus over de toelaatbaarheid van orthothanasie, te omschrijven als «het staken op actieve of passieve wijze van een zinloze medische behandeling door het uitschakelen van medische apparatuur of door het toedienen van medicatie of pijnstillende middelen».

De euthanasiedefinitie van de ethische commissie van de Volksunie is strenger dan de definitie die het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek voorstelt. Zij omschrijft euthanasie als «het opzettelijk levensverkortend handelen bij een ongeneeslijk zieke patiënt wiens leven niet meer te redden is en die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt». Hieraan worden voorwaarden gekoppeld. De euthanasie moet gebeuren op verzoek van de patiënt. Dit verzoek kan positief of negatief zijn. Ook op een negatief verzoek, een vraag om niet in te grijpen, moet worden ingegaan. Het verzoek van de patiënt primeert op alle andere verzoeken van naastbestaanden, ouders, familie. Het verzoek van de patiënt moet volgehouden en rationeel zijn. De patiënt moet dus behoren tot de derde groep waarover professor Van Orshoven het gisteren in zijn uiteenzetting had. De patiënt moet zich in een terminale fase bevinden en bovendien ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Aan beide criteria moet worden voldaan om euthanasie te kunnen plegen.

Daarnaast werden er ook reeds twee stellingen ingenomen inzake de bredere euthanasiecontext.

In een situatie waarin men te maken heeft met een «onbewuste» patiënt die ongeneeslijk ziek is, wiens leven niet meer te redden is en die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, blijft een vroeger schriftelijk verzoek, daterend uit de periode dat de patiënt nog wel wilsbekwaam was, geldig. Bij ontbreken van een dergelijk verzoek kan de familie een verzoek tot euthanasie doen of kan zelfs de arts de familie hierover aanspreken. Dit gaat duidelijk veel verder dan wat vandaag voorligt.

In al die gevallen is er nood aan een strikte reglementering en moeten er meerdere personen worden geraadpleegd, zoals collega's van de arts, verpleegkundigen en andere leden van het medisch team, eventueel zelfs externen. Het is evenwel de arts die de ultieme beslissing moet nemen en die de ultieme verantwoordelijkheid draagt.

Een bijkomende aangelegenheid die werd besproken is de hulp bij zelfdoding. Iedere mogelijke hulp van een arts bij de zelfdoding van een patiënt wordt uitdrukkelijk beschouwd als een vorm van euthanasie. De arts mag slechts de nodige middelen verschaffen wanneer euthanasie verantwoord is. Het spreekt vanzelf dat in dit geval de restrictieve definitie van euthanasie van toepassing is, namelijk dat het moet gaan om een terminale patiënt. Hulp bij zelfdoding van niet-terminale zieken, zoals een jongere die een zwaar verkeersongeluk heeft gehad en die niet meer wil leven, moet ons inziens uit het euthanasiedebat worden gehaald. Het hoort thuis in een totaal ander debat.

Het rapport bespreekt ook de vele argumenten pro en contra een wettelijke regeling.

Een eerste argument tegen een wettelijke regeling is het risico dat aan de onaantastbaarheid van het leven meer afbreuk wordt gedaan dan kan worden verantwoord.

Een tweede argument is de twijfel over de mogelijkheid om het complexe probleem van het euthanaserend handelen bij wet te regelen.

Ten derde kan men jurisprudentieel voldoende ruimte creëren voor het euthanaserend handelen wanneer het verantwoord is.

Ten vierde vreest men dat de legalisering van euthanasie de verdere uitbouw van de palliatieve zorg zal in de weg staan en dat de sociale ongelijkheid inzake gezondheidszorg nog zal worden versterkt.

Ten slotte is er het gevaar voor sociale druk op wilsbekwame patiënten, voor misbruik door de arts en of de familie, voor gebrek aan medische expertise bij de beoordeling van de terminale fase en voor dubbelzinnigheden omtrent het begrip «noodtoestand».

De argumenten in het voordeel van een wettelijke regeling zijn de volgende.

Men twijfelt ten eerste aan de bereidheid van de Belgische magistratuur om jurisprudentieel enige ruimte te scheppen voor euthanasie.

Ten tweede biedt een dergelijke rechtspraak geen enkele rechtszekerheid aan de betrokkenen.

Ten derde is er het gevaar dat het jurisprudentieel hanteren van het vage begrip «noodtoestand» om euthanasie te verantwoorden een hellend vlak kan doen ontstaan.

Ten slotte is er de verantwoordelijkheid van de wetgever terzake en de heilzame effecten die een wet zou kunnen hebben.

Op basis van dit rapport heeft de Volksunie-fractie een eigen standpunt bepaald. De VU-senaatsfractie is blij met dit debat. Er is nood aan een wetenschappelijke, ethische en maatschappelijke stoffering van het onvermijdelijke en noodzakelijke politieke debat. Wij danken daarom de leden van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek voor het advies en voor de aanvullingen en toelichtingen bij de hoogstaande referaten van gisteren. Deze referaten hebben voor een deel de leemte opgevuld die ontstaan is doordat het advies enkel de problematiek van terminaal zieke patiënten die wilsbekwaam zijn, behandelt. Wij blijven die onvolledigheid van de discussie betreuren.

Het is zeer moeilijk een definitief standpunt in te nemen omtrent een precieze wetgevende regeling voor euthanasie zolang wij niet weten welke regeling zal worden uitgewerkt ten aanzien van wilsbekwame niet-terminale patiënten, van wilsonbekwame al dan niet terminale patiënten en van de levenstestamenten. Dit debat moet nog verder worden uitgediept.

Teneinde constructief aan dit debat bij te dragen, hebben wij de vraagstelling teruggebracht tot de essentie: moet euthanasie strafbaar zijn? De VU-senaatsfractie geeft een negatief antwoord op deze duidelijke vraag. Het is onaanvaardbaar iemand in de meest penibele omstandigheden tegen zijn wil in, in leven te houden. Wij kunnen niet aanvaarden dat dokters door een onvolmaakte wetgeving in gewetensnood geraken en daarom niet doen wat zij noodzakelijk vinden. Wij kunnen evenmin aanvaarden dat een patiënt wordt overgeleverd aan de willekeur van een onverantwoordelijke of onachtzame dokter of van een hardvochtige familiale omgeving.

De VU is van oordeel dat euthanasie niet strafbaar mag zijn op voorwaarde dat aan de definitie van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek — het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek — uitdrukkelijk wordt toegevoegd dat het moet gaan om ongeneeslijk terminaal zieke patiënten; dat er een bewijs wordt geleverd over de omstandigheden die euthanasie toepasbaar maken; en dat er gerechtelijke controle mogelijk is op deze bewijslevering.

De VU is voorstander van een combinatie van het tweede en het derde voorstel van het Raadgevend Comité voor zover het gaat om terminale wilsbekwame patiënten. Uit het tweede voorstel halen wij de «colloque singulier» van arts en patiënt, waarbij achteraf verantwoording aan de gerechtelijke overheden moet worden afgelegd. De verantwoording door de arts heeft betrekking op de bewijslevering van de euthanasie-elementen: het verzoek van de wilsbekwame patiënt, de uitzichtloze situatie en het terminale karakter van de ziekte. De positieve elementen van het derde voorstel zijn: de ruimere context van de problemen, de nadruk op de verbetering van de palliatieve verzorgingscultuur en de voorafgaande ethische consultatie. Dit overleg moet de arts helpen bij de rapportering en de bewijslevering die wordt beschreven in het tweede voorstel.

Ondanks onze huidige stellingname, sluiten wij niet uit dat de houding van de VU kan evolueren. Een keuze voor het eerste voorstel, dat erin bestaat euthanasie totaal uit de strafwet te halen, is voor ons echter onaanvaardbaar zolang er geen duidelijkheid is

over het begrip euthanasie zelf en over de duidelijke begrenzing ervan. Het lot van de niet-terminale zieken en van de wilsonbekwame patiënten speelt hierin een doorslaggevende rol.

De VU-fractie is alleszins bereid het debat voort te zetten. Wij blijven vragende partij voor een duidelijke wetgeving. Het sterven moet worden beschouwd als een deel van het leven: het eindpunt. Aangezien de maatschappij ervoor moet zorgen dat iedereen op een menswaardige wijze kan leven, moet zij er eveneens voor zorgen dat iedereen menswaardig kan sterven. (*Applaus.*)

M. le président. — La parole est à Mme Dardenne.

Mme Dardenne (Écolo). — Monsieur le président, en commençant mon intervention, je voudrais remercier de la qualité de leurs exposés tous les orateurs qui se sont succédé hier à la tribune.

Nous avons pu vivre, grâce à eux, des moments empreints d'une profonde émotion, d'une grande intensité et d'une grande honnêteté. Il est vrai que le sujet que nous abordons, la fin de la vie, demande à la fois humilité et respect, mais aussi la plus grande prudence. Nous y serons en effet tous confrontés un jour individuellement et l'avons sans doute déjà été lors de la mort d'un proche.

J'en arrive aux réflexions dont je voudrais vous faire part et qui sont autant de balises que je me pose pour pouvoir orienter une prise de position.

Plusieurs orateurs ont montré l'importance de la mise en place d'un lieu de parole libre et souligné le rôle du dialogue et du débat.

Par l'ouverture d'une telle discussion, nous rejoignons l'idée qu'il est temps de parler de la fin de la vie, de cesser d'occulter cette problématique. En effet, dans notre civilisation, la mort ne trouve plus guère de place, contrairement à ce qui se passait dans le passé et à ce qui se pratique dans d'autres cultures. Les progrès de la technologie et les ressources de la recherche scientifique et médicale nous ont trop souvent donné l'illusion de la toute puissance et de la maîtrise de toutes choses, y compris celle du corps humain et de la mort. En outre, le système économique qui prévaut a mis en place le culte de l'excellence et de la réussite. Tout ce qui est ressenti comme un échec, une malformation, une laideur, est implicitement banni et crée un contexte dans lequel la mort est appréhendée comme telle. Mieux vaut donc éviter d'en parler d'autant qu'il faudra quitter cet ensemble de biens matériels qui tient trop souvent lieu de valeurs aujourd'hui!

Il est important que nous nous réappropriions le débat sur la fin de la vie et que nous essayions de le resituer. La mort fait en effet partie intégrante de toute vie et doit donc être envisagée dans sa réalité.

Cela m'amène à dire combien il est important, après ce que nous venons d'entendre, de développer les soins qui entourent cette fin de vie et combien la relation entre les individus — le patient, sa famille et ceux qui le soignent — doit être présente et forte. C'est toute la problématique des moyens que nous accordons aux soins palliatifs. Nous manquerions à notre devoir de sénateur en ne mettant pas à profit ce débat pour exiger qu'une attention particulière et des moyens supplémentaires soient accordés à ce secteur. Moyens budgétaires certes, mais aussi mise sur pied de formations à l'adresse des équipes soignantes et des médecins.

On a évoqué ici la trop grande ignorance qui existe encore quant à la gestion optimale des symptômes et de la douleur. Je suis frappée par les propos de plusieurs intervenants qui ont souligné que de nombreuses demandes d'euthanasie disparaissaient quand les soins adéquats étaient prodigués et qu'un dialogue sur l'avenir médical du patient était assuré.

Formation des spécialistes, mais aussi formation générale de chacun de nous, qui devrait sans doute passer par l'école où il faudrait pouvoir remettre en perspective une réflexion générale sur la vie. Là aussi, la formation des maîtres — quels que soient leur niveau et la matière enseignée — devrait inclure un regard éthique sur leur pratique.

Cependant, Mme Roelandt a souligné à juste titre que les soins palliatifs ne remplacent pas la demande d'euthanasie et que les deux démarches sont complémentaires.

Cela m'amène à une autre réflexion. Des demandes d'euthanasie, réfléchies et répétées, existent et doivent, à mon sens, pouvoir être rencontrées. En effet, je ne vois pas au nom de quoi une quelconque confession ou conviction philosophique pourrait imposer sa façon de voir et sa propre éthique à l'ensemble des citoyens. Nous devons permettre à chacun d'exercer son propre libre arbitre, ses propres convictions.

Dans une société pluraliste et démocratique, il faut donc mettre en place un cadre suffisamment souple pour rencontrer cet objectif, mais aussi suffisamment précis pour éviter les dérives qui peuvent exister; certains régimes eugéniques nous l'ont montré.

La question est donc posée: faut-il légiférer? Pour ma part, je répondrai affirmativement, même si au départ d'une même réalité, nous avons pu constater hier que les réponses peuvent diverger.

La situation actuelle implique que les demandes d'euthanasie ne peuvent en principe être rencontrées en raison de l'insécurité juridique qui entoure l'acte posé. C'est donc la clandestinité ou la semi-clandestinité qui prévaut. Par ailleurs, la réalité est aussi faite, trop souvent, de cocktails lytiques administrés à des patients qui n'en ont absolument pas fait la demande et que l'on traite de la sorte pour des raisons économiques ou de confort, faute de structures suffisantes, de formations pour assurer une autre issue.

Ne rien faire ou se contenter de réaffirmer une interdiction changera-t-il quoi que ce soit? Je pense que non. Il entre davantage dans nos responsabilités de mettre en place des outils qui permettront de part et d'autre de mieux faire face à ces situations.

Il me paraît donc correct de réclamer, d'une part, le développement des soins palliatifs et, d'autre part, l'élaboration d'une réglementation qui assure la sécurité juridique de l'acte euthanasique.

La régulation procédurale qui objective l'état de nécessité nous paraît être une des solutions à rechercher. En effet, cette position permet de maintenir l'interdit fondamental de mettre fin à la vie d'autrui, tout en justifiant juridiquement la possibilité de l'euthanasie sous des conditions précises.

D'autres intervenants les ont déjà évoqués mais je tiens à les souligner à nouveau car nous les trouvons indispensables: l'information correcte du malade sur son avenir, la demande répétée et persistante d'euthanasie, l'assurance, via la consultation d'au moins un autre médecin, du caractère irréversible de l'état du malade et la déclaration de la cause spécifique du décès. Là aussi, nous pensons qu'il faut régler les effets juridiques de cette mort qui doit être considérée comme une mort naturelle. La législation doit donc préciser les pratiques d'exception et les rendre possibles.

Nous pensons donc que les solutions deux et trois proposées par le Comité consultatif de bioéthique peuvent rencontrer nos souhaits. Toutefois, des questions restent posées entre les deux options, et le groupe Écolo n'a pas encore tranché à cet égard. Ainsi, le colloque singulier stricto sensu n'accorde-t-il pas un pouvoir exorbitant au médecin? Nous inclinons à penser qu'une concertation avec une instance tierce — un autre médecin et/ou l'équipe soignante — serait de nature à renforcer la sécurité juridique, sachant que les parquets pourraient interpréter de manière différente le résultat du seul colloque singulier.

En outre, l'idée d'une sorte de jury ou de tribunal de la vie que certains ont évoquée hier nous paraît peu acceptable. La consultation systématique des proches pose elle aussi problème, car ils peuvent être partie trop prenante dans la décision, soit positivement, soit négativement. La solution ne résiderait-elle pas dans une obligation, pour le médecin, d'élargir son champ de réflexion par une consultation de l'équipe soignante et/ou d'un autre médecin, à condition que cette consultation ne soit pas soumise à une formalisation administrative? Par ailleurs, ne serait-il pas normal que le patient ait la liberté d'associer ou non ses proches à sa décision et de pouvoir choisir la formule qui lui paraît la plus appropriée?

Quant à moi, j'ai tendance à penser qu'il est souhaitable que le patient ait un interlocuteur et que l'on évite de donner à la prise de décision une dimension collective, sauf si elle est souhaitée par le patient. Je pense aussi que la sécurité juridique passe par un intervenant qui pose l'acte et en assume la responsabilité, à condition

qu'il ait pris au préalable d'autres avis que le sien. La question reste cependant délicate; des discussions ultérieures pourraient encore nous éclairer.

J'espère que ce débat ne sera pas un simple exercice académique et qu'il débouchera sur des propositions de régulation procédurale et de modifications de la législation.

Je terminerai par deux réflexions.

Dans une société qui se veut démocratique, autant il est fondamental que chacun puisse exercer sa propre conviction et son éthique, grâce aux actes législatifs que nous posons et qui sont le reflet de la volonté de la société, autant il est également important de réfléchir à d'autres décisions d'ordre éthique qui affectent non la morale individuelle, celle de la sphère privée, mais notre morale collective, à savoir les orientations que nous désirons donner à la société. Ces décisions, ou plutôt ces non-décisions, mettent en cause des enjeux économiques bien plus que des débats de conscience. Sans doute faut-il chercher là la raison du peu de publicité faite à des débats tels que celui des manipulations génétiques, du brevetage du vivant ou du clonage.

Je souhaiterais que ceux qui rencontrent des difficultés à se positionner par rapport à la question de chacun de décider de sa propre vie, aient les mêmes scrupules lorsqu'ils accordent des budgets sans discussion à ce type de recherches ou d'investissement. La conception marchande du vivant que nous semblons privilégier aujourd'hui est aussi une des raisons qui nous empêche d'approcher la mort avec sérénité et de la considérer comme le terme naturel de la vie. (*Applaudissements.*)

De voorzitter. — Het woord is aan de heer Boutmans.

De heer Boutmans (Agalev). — Mijnheer de voorzitter, het debat dat wij vandaag voeren, is een debat waar wij al lang naar vragen. Wij zijn bijzonder blij dat eindelijk een werkelijk debat mogelijk is over dit moeilijk onderwerp. Dat dit nu mogelijk is heeft mijns inziens drie redenen.

In de eerste plaats verwijs ik naar wat professor Vermeersch gisteren zei. In onze cultuur, althans in zijn beste momenten en beste expressievormen, wordt het medeleven, het medevoelen, het medelijden, met anderen als één van de belangrijkste waarden erkend. Uiteraard is er ook de andere kant van de medaille, waar juist de grote onverschilligheid, de anonimiteit en de eenzaamheid onze cultuur kenmerken.

In de tweede plaats kunnen wij er niet omheen dat in onze Westerse samenleving het geloof in absolute regels, die door een bovenmenselijke macht worden gesteld, niet meer allesoverheersend is, zelfs niet bij degenen voor wie het intense geloof in een persoonlijke God vooropstaat.

Ten derde ervaren wij steeds meer dat de geneeskunde en de wetenschap — ook in de praktijk — ongeloflijke vorderingen hebben gemaakt in de strijd tegen het verval, tegen de aftakelende, invaliderende ziektes en uiteindelijk in de strijd tegen de dood. Uiteraard is de geneeskunde niet in staat het moment van de dood voor eeuwig uit te stellen. Juist door de geboekte successen zijn steeds meer gevallen aan het licht gekomen waarbij de laatste momenten voor de patiënt als bijzonder pijnlijk en ontluisterend dreigen te worden ervaren en zelfs langdurig in stand kunnen worden gehouden of zelfs worden gecreëerd door medicijnen en geneeskundige ingrepen, waarover men vroeger niet hoefde te denken omdat zij niet bestonden.

Het hier gevoerde debat beantwoordt aan een maatschappelijke noodzaak en het zal mijn voorganger in deze assemblee, Jo Cuyvers, die het eerste wetgevend initiatief daaromtrent nam, zeker plezieren dat zijn initiatief een bijdrage is geweest tot het gesprek. Ik heb dat wetsvoorstel in grote lijnen opnieuw ingediend. Mijn uitgangspunt is de situatie van de patiënt. Hoe belangrijk het ook is aan artsen rechtszekerheid te verschaffen en hen te beschermen tegen vervolgingen gebaseerd op het feit dat zij in eer en geweten hun plicht hebben gedaan, toch moet het belang van de patiënt de allereerste bekommernis zijn bij het wetgevend werk omtrent het levenseinde.

Voor heel wat mensen veroorzaakt de laatste ziekte of de duurzame toestand van zware ziekte ondraaglijk leed. Hiervoor zijn objectieve elementen, maar deze ervaring is ook subjectief. Deze mensen ervaren hun levenseinde als ontluisterend of vrezen dat ontluistering zal toeslaan.

Dit is ons uitgangspunt in de discussie of vrijwillige levensbeëindiging, zoals gedefinieerd door het Raadgevend Comité, in bepaalde omstandigheden moet worden gelegaliseerd.

De wetgeving inzake euthanasie mag nooit tot doel hebben problemen van anderen dan de patiënt op te lossen. Ik denk hierbij aan economische of financiële problemen voor de samenleving of problemen van belasting van de familie omwille van een familielid dat zich in een uitzichtloze situatie bevindt. Niemand mag tegen zijn wil in van het leven worden beroofd.

Het verbaast me dat gedurende lange tijd een zwaar maatschappelijk taboe heeft gerust op een open discussie over euthanasie, terwijl in de praktijk handelingen worden verricht die absoluut niet als euthanasie kunnen worden omschreven, wat gisteren op heel schokkende wijze nogmaals werd bevestigd. Ik heb het hierbij niet over het moeilijke probleem van wilsonbekwamen. Mensen die het kunnen weten, bevestigen dat bepaalde personen die nog perfect in staat zijn zich een mening te vormen en deze ook te uiten, op basis van een of andere visie over wat een nuttig leven is, zonder meer worden geleid naar een door hen niet gewenst einde. Ik begrijp niet dat een voorstel om euthanasie wettelijk te regelen als schokkend werd of wordt beschouwd, terwijl tegen het voorgaande weinig protest rijst.

Ook in bepaalde medische kringen worden absolute normen gepropageerd, terwijl in de praktijk normvervaging wordt geïnstalleerd, normoverschrijding wordt beschermd en hypocrisie wordt geaccepteerd of zelfs gecultiveerd. Deze toestand laten voortbestaan is onaanvaardbaar.

Ieder van ons heeft recht op informatie over zijn gezondheids-toestand. Niemand is verplicht om zich te informeren, sommigen wensen inderdaad liever niet te weten hoe ze eraan toe zijn. Iedereen heeft echter recht op een antwoord op zijn vragen dienaangaande. Dit gebeurt bij voorkeur in samenspraak met de vertrouwensarts en in een menswaardige omgeving. Vertechnisering, institutionalisering en de anonimisering van het sterven, maken het levenseinde dat vaak erg pijnlijk is, voor velen ook ondraaglijk.

Wij bepleiten dus het recht van de patiënt op volledige informatie over zijn toestand en over de eventuele remedies. Dit impliceert ook het verstrekken van alle mogelijke informatie over het verzachten van de pijn en het begeleiden naar het onvermijdelijke einde, over de zogenaamde palliatieve verzorging. Iedereen schijnt het er overigens over eens te zijn dat de afdelingen palliatieve zorg verder dienen te worden uitgebouwd.

In haar uiterste consequentie zal palliatieve verzorging niet altijd verschillen van euthanasie. Er kunnen uiteraard allerlei intellectuele onderscheiden worden gemaakt, maar de patiënt in een palliatieve afdeling die in overleg met hemzelf zoveel pijnstillende middelen toegediend krijgt, dat de dood uiteindelijk volgt, verschilt toch niet fundamenteel van de patiënt die bewust om een zo spoedig mogelijke beëindiging van zijn leven verzoekt en zijn verzoek ingewilligd ziet.

De patiënt die in een uitzichtloze medische situatie verkeert, heeft het recht aan zijn leven een einde te laten maken of daar eventueel zelf een einde aan te maken. In Engeland blijkt de discussie zich vooral toe te spitsen op de situatie waar de patiënt zelf de bespoediging van zijn dood ter harte neemt en daarin door de arts wordt geholpen. Ook hier is het verschil subtiel. Het gaat hier veel meer om graduele dan om fundamentele verschillen.

Euthanasie in een uitzichtloze medische situatie is een onvreemdbaar recht van de patiënt gegrond op het filosofisch onderbouwde recht op zelfbeschikking. Sommigen betwisten dit recht en beroepen zich daarvoor op de stelling dat ieder mens zijn menszijn ontleent aan zijn relatie met zijn medemensen. Verre van deze stelling te willen betwisten, zie ik niet in welke andere norm met de menselijke waardigheid overeenstemt. Een mens weet dat hij leeft in relatie met andere mensen en dat hij zijn leven niet alleen voor zichzelf leeft, maar met en voor de anderen. Hoe kan hem dan het recht worden ontzegd om, eventueel in samenspraak met zijn naastbestaanden, zelf de beslissing te nemen over het beëindigen van zijn ondraaglijk geworden bestaan?

Wanneer we ons zouden beperken tot het advies van het Raadgevend Comité, dan hoeven we de discussie over de wilsonbekwamen niet te voeren. Toch wens ik te beklemtonen dat ik het onaanvaardbaar vind dat het recht op zelfbeschikking van deze patiënten zou worden overgedragen aan een instantie die over leven en dood van deze personen zou kunnen beschikken. De vraag of een leven nog draaglijk is, zal weliswaar vaak pas rijzen als de patiënt nog nauwelijks of helemaal niet meer in staat is zijn wil terzake te vormen, laat staan te kennen te geven.

We moeten daarvoor een oplossing vinden die zeer duidelijk euthanasie op wilsonbekwamen omwille van belangen buiten henzelf, uitsluit. Strikt genomen is dat ook geen euthanasie. Mensen die bij hun volle verstand en bewustzijn zijn, moeten echter de mogelijkheid krijgen om te laten weten dat zij, wanneer zij later hun wil niet meer zouden kunnen uiten en zich in een uitzichtloze situatie bevinden, niet meer wensen verder te leven. Zij moeten kunnen bepalen dat, na overleg, een arts de opdracht wordt gegeven hun wilsbeschikking uit te voeren op een ogenblik dat zijzelf deze wil niet meer kunnen uiten. Wij hebben dit een behandelingsbeschikking genoemd, anderen spreken van een levenstestament. Mijns inziens is dit een zeer goed middel om een fundamentele, existentiële beslissing kenbaar te maken op het ogenblik dat men daar nog toe in staat is en om zo veel mogelijk zelf te bepalen wat men met zijn eigen leven en levenseinde wil.

Voor Agalev staat vast dat het zelfbeschikkingsrecht inhoudt dat enerzijds iedereen het recht heeft in een bepaalde situatie te beslissen dat hij of zij niet verder wil leven, maar dat anderzijds niemand kan worden verplicht aan de uitvoering van een dergelijke beslissing mee te werken. Wie te goeder trouw en vanuit welke ethische inspiratie ook, van oordeel is dat in geen enkel geval, of niet op grond van een zelfbeschikkingsrecht, kan worden beslist een leven te beëindigen, kan daartoe uiteraard ook niet worden verplicht. Naast het recht om niet tegen zijn wil gedood te worden en het recht wel te kiezen voor de dood wanneer de tijd gekomen is, moet ook het recht staan om te weigeren daaraan mee te werken. Het spreekt vanzelf dat de arts die zich verbonden heeft tot het uitvoeren van een behandelingsbeschikking, ook de wettelijke verplichting moet aangaan zijn woord gestand te doen, maar ook dat iedereen zolang de kans op een gewoon gesprek er nog is, moet kunnen zeggen dat hij iets dergelijks niet kan of wenst te doen of dat hij van mening is veranderd.

In de praktijk rijst nu de vraag hoe het probleem moet worden opgelost, nu er een consensus groeit dat het inderdaad moet worden opgelost. Moeten wij kiezen tussen drie van de vier mogelijkheden waarvan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek de contouren heeft gesuggereerd of moeten we iets tussenin vinden? Een van de sprekers van gisteren heeft gezegd dat er eigenlijk geen ethisch verschil is tussen de voorstellen 1, 2 en 3. Mijns inziens is de wellicht meest logische en consequente juridische techniek om een ethische norm in recht om te zetten, opgenomen in het voorstel dat ik heb ingediend. Het bestaat erin aan te geven dat de bepalingen van het Strafwetboek over moord en doodslag niet van toepassing zijn indien bepaalde regels ter toepassing van euthanasie gevolgd zijn.

Anderen zijn van mening dat wij de strafwet niet moeten wijzigen, maar dat wij vooral het begrip noodtoestand, dat, ofschoon het in geen enkele wet staat, toch als een algemeen principe van onze strafwet geldt, verder moeten uitwerken. Wij moeten dan bepalen wanneer dit kan worden toegepast bij euthanaserend handelen. Het raakpunt tussen beide opvattingen ligt in de procedure die moet worden gevolgd, de zorgvuldigheid die daarbij aan de dag moet worden gelegd en de opgelegde controle. Als jurist heb ik het er wat moeilijk mee dat een afweging tussen een absoluut gehandhaafd verbod om te doden tegenover het recht op waardigheid van het leven een noodtoestand wordt genoemd. Dat past alleszins niet in de definitie die hieraan wordt gegeven door het Hof van Cassatie.

Hoe dan ook, als men de toepassing van het begrip noodtoestand aan bepaalde normen wil onderwerpen, dan moeten die normen in de wet worden opgenomen. Bijgevolg is er uiteindelijk geen fundamenteel verschil tussen enerzijds het wijzigen van de

strafwet en anderzijds het onverlet laten ervan, maar in een andere wet regels opnemen waardoor het artikel over moord en doodslag van de strafwet in bepaalde gevallen niet zou worden toegepast. De juridische orthodoxie of logica zegt dat het uiteindelijk beter is de strafwet te wijzigen. Dit is echter geen fundamentele of principiële kwestie, maar louter een kwestie van juridische techniek.

Als wij uitgaan van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt of minstens van zijn recht om in de eerste plaats te beslissen, alleszins dat er niets tegen zijn wil gebeurt, dan is zijn relatie met de vertrouwensarts essentieel en doorslaggevend. Alles wat men daar nog aan voorzorgen aan toevoegt is dan secundair. Dat geldt ook voor het advies dat volgens het derde voorstel zou worden gevraagd van het ethisch comité van het ziekenhuis. Ik heb begrepen dat dit niet bindend zou zijn in de zin dat bij een ongunstig advies toch nog euthanasie zou kunnen plaatsvinden. Het zou enkel een bijkomend advies zijn voor de arts of de patiënt over de vraag of zijn toestand ja dan neen uitzichtloos is. Deze bijkomende voorzorg is voor ons wel aanvaardbaar, maar slechts op voorwaarde dat zij niet in de plaats komt van het beslissingsrecht van de patiënt en enkel tot doel heeft hem bij te staan bij het nemen van zijn beslissing of beter gezegd, bij het bepalen van het moment waarop zijn beslissing ten uitvoer wordt gebracht.

Zoals de heer Vandenberghe reeds heeft bepleit, is er inderdaad controle nodig. Die is er niet alleen nodig wanneer iemand het woord euthanasie laat vallen. Wat wij hier hebben gehoord en wat wij eigenlijk al kenden over de praktijken in ons land toont aan dat de rapportering en de controle achteraf over het levens-einde op een of andere manier moet worden verbeterd, ook al is het zeker niet gemakkelijk hiervoor een sluitende oplossing te vinden. Vooral in de instellingen doen er zich hieromtrent problemen voor, zodat wij vooral daar de rapportering moeten verbeteren.

Als ik het goed heb, situeert het voorstel dat wij destijds hebben ingediend zich tussen het eerste en het tweede voorstel, misschien sluit het ook aan bij het derde voorstel. Na het debat van gisteren en vandaag zijn wij bereid ons voorstel op een aantal punten aan te passen. Niemand vindt een procedurele regeling buiten de wet om, een goede oplossing. Voorts vrees ik voor de juridische appreciatie van het begrip noodtoestand. Dit begrip moet wettelijk worden omschreven, omdat er inzake euthanasie geen jurisprudentie tot stand zal komen. Dit komt omdat euthanasiekwesties tot de bevoegdheid van het hof van assisen behoren. Dat hof motiveert niet. Het spreekt vrij of veroordeelt. Een goed gemotiveerd vonnis is echter essentieel om tot een jurisprudentie te komen die als wet zou kunnen gelden, zoals in de Angelsaksische traditie. In een systeem met een beoordeling door een jury is dit uitgesloten.

Ik heb de geest van openheid, van tolerantie en van streven naar een oplossing waarin dit debat is voorbereid en gevoerd ten zeerste gewaardeerd.

Hoewel wij in deze materie niet overhaast kunnen optreden, hoop ik dat dit debat in de bevoegde commissies verder gestalte krijgt en tot wetgevend resultaat leidt, wat door haast iedereen wordt gewenst.

Als de Senaat dit debat, tot een goed einde kan brengen, zou hij wellicht de twijfels over zijn bestaansreden wegnemen. (*Applaus.*)

De voorzitter. — Er zijn nog acht sprekers ingeschreven. Ik verzoek de sprekers zich te beperken tot maximaal tien minuten.

Het woord is aan mevrouw Leduc.

Mevrouw Leduc (VLD). — Mijnheer de voorzitter, ik sta erop het woord te nemen in dit debat omdat ik het gevoel heb dat heel wat sprekers hier een theoretische uiteenzetting houden, ver van de mensen zelf. Ik begin met de woorden van Pascal de Duve uit zijn boek *Uitvaren* waarmee hij afscheid nam van het leven. Hierin zegt hij dat de dood, samen met de geboorte, het enige is dat iedereen overkomt, slechts één enkele keer.

In de draaimolen van het leven staan wij zelden stil bij de gedachte dat doodgaan ons aller einde is, dat sterven bij het leven hoort en er een onverbreekelijk deel van is.

Wij zijn niet vertrouwd met de doodsgedachte. Wij willen en durven er niet over spreken. Wij willen er niet aan denken tot wij van dichtbij worden geconfronteerd met de realiteit. Het sterven

van een dierbaar familielid of van een goede vriend doet ons de feiten onder ogen zien. De ene sterft plots, zonder enig signaal, zonder tijd voor angst of pijn en de andere sterft onnoemelijk traag aan een slepende ziekte, met geleidelijk verlies van alle levenskwaliteit, ontlusterend, degenererend, in een zee van onmetelijk lijden en of psychische uitputting.

Als leven geen leven meer is, als pijn zo ondraaglijk en alles-overheersend wordt, als deze pijn niet meer kan worden getemperd, als elke wil tot verder leven ontbreekt, is het de plicht van de behandelende arts om de getormenteerde mens te helpen verlossen uit zijn onnoemelijk lijden door hem of haar zachtjes te laten inslapen. Dat is volgens mij een diepmenselijke daad.

Uiteraard moet deze daad steunen op de herhaalde vraag van de patiënt die, goed ingelicht door de arts, verzoekt om een einde te maken aan zijn of haar leven op het ogenblik dat alle middelen uitgeput zijn of als hij of zij de ultieme pijngrens van lichamelijk en psychisch lijden heeft bereikt. Het is echter zo moeilijk om te spreken over de komende dood, zowel voor de patiënt die lijdt en die geen woorden vindt als voor de arts bij wie tijd en moed ontbreken, maar die vaak ook niet bij machte is met een eenvoudige en duidelijke taal te spreken over het ziektebeeld en de evolutie ervan.

De weloverwogen vrije keuze tot levensbeëindiging van de terminaal zieke patiënt moet worden gerespecteerd. Niemand kan de patiënt tot deze keuze verplichten en niemand kan hem doen verzaken aan deze keuze. Zijn uitgesproken wil moet worden gevolgd.

De Vlaamse liberalen en democraten hebben om ideologische redenen steeds bijzonder veel aandacht besteed aan ethische problemen, ook aan euthanasie. Bij het uitstippelen van hun politieke gedragslijn staat de persoonlijke gewetensvrijheid steeds centraal. Niemand worden ethische waarden opgedrongen. Voor de liberalen is de ethiek van het levenseinde persoonsgebonden. Het is voor hen essentieel dat de ongeneeslijk zieke patiënt zelf kan beslissen om op een menswaardige manier te sterven. Zelfbeschikking is en blijft het voornaamste uitgangspunt.

Niemand is verplicht, of kan worden verplicht, onmenselijk te lijden. Toch wordt er heel vaak over het hoofd van de ongeneeslijk zieke heen gepraat, zonder begrip voor wat hij denkt, voelt en zelf wil. De familie, de artsen en het verzorgingsteam beslissen soms in de plaats van de zieke.

Het welzijn van de lijdende mens moet steeds centraal staan. Bij de uiteenzettingen van gisteren moest ik vaststellen dat sommige sprekers onvoldoende rekening hielden met dit essentiële gegeven. Daarom houd ik een warm pleidooi om de ongeneeslijk zieke om wie het gaat, letterlijk het lijdend voorwerp, steeds voor ogen te houden en hem niet te laten verdringen door andere belangen. Een mens is geen nummer dat men goedschiks of kwaadschiks behandelt naar eigen goeddunken. Op zoals Willem Vermandere zingt: «Het is altijd iemands vader, het is altijd iemands kind.» Wij moeten dit goed voor ogen houden.

Genezen en in leven blijven is de ultieme betrachtting van elk individu en van zijn familie, tot er geen herstel meer mogelijk is in het uitzichtloze lijden dat alle hoop doodt. Dan wil de lijdende mens dat zijn leven wordt beëindigd. Dit is zo en zal steeds zo blijven.

Elke mens is waardevol. Elke mens verdient het dat als er voor hem geen hoop op verbetering meer is, rekening wordt gehouden met zijn verlangen naar een waardig, vredig en pijnloos levenseinde. Palliatieve zorg kan een hulpmiddel zijn bij de begeleiding van een humaan levenseinde. Palliatieve zorgen kunnen een niet te verwaarlozen hulpmiddel zijn in het begeleiden naar een humaan levenseinde. Zij kunnen en moeten samengaan met het verzoek uit het leven te stappen. Wij kunnen het levenseinde humaniseren door de mens als persoon te respecteren, de taboes rond sterven en dood weg te werken, en de ongeneeslijke zieke ervan bewust maken dat hij niet aan zijn verschrikkelijk lot zal worden overgelaten, maar dat hij deskundig en liefdevol tot het bittere eind zal worden begeleid, en dat hij desnoods nog aan de «noodrem» van de euthanasie kan trekken, dat dit signaal zal worden gerespecteerd.

Een arts, bij voorkeur de behandelende arts waarin de patiënt vertrouwen stelt, moet de euthanasie uitvoeren. De arts heeft de vrijheid de opdracht al dan niet te aanvaarden. Wanneer hij de moed heeft de verantwoordelijkheid voor zijn patiënt op te nemen, mag dit niet onder dreiging van enige sanctie gebeuren.

In tegenstelling tot wat een spreker gisteren beweerde, geloof ik in de sterke vertrouwensrelatie van de arts en de ongeneeslijk zieke. Zij moeten wel met elkaar spreken in eenvoudige mensentaal. Vooral de arts moet oppassen geen vakjargon te gebruiken, dat de patiënt enkel nog meer in verwarring zou brengen. Tussen arts en patiënt bestaat, in tegenstelling tot wat gisteren werd beweerd, geen gevoel van meerdere tegenover mindere. De beste relatie heeft de zieke met zijn vertrouwde huisarts. Hij is de aangewezen persoon om de ultieme wens tot het beëindigen van het leven, te stellen.

Ik geloof niet in de ingewikkelde controleprocedures van voorstel 3 of in het betrekken bij het overleg tussen arts en patiënt van een derde persoon die geen arts is en aangeduid werd door het plaatselijk ethisch comité. De controleprocedures moeten eenvoudig zijn en bestand tegen misbruik. De intieme relatie tussen arts, patiënt en eventueel familie, mag er niet door worden bemoeilijkt.

Het herhaalde euthanasieverzoek van de ongeneeslijk zieke patiënt aan zijn behandelende geneesheer, die in eer en geweten beslist — eventueel na raadpleging van collega's — moet niet worden onderworpen aan een onderzoek door externen. De intieme band en de afspraak tussen patiënt en arts moet worden behouden.

Er dient ook rekening gehouden te worden met het feit dat een terminale patiënt er enkel naar verlangt thuis te sterven, tussen de mensen die van hem houden en omringd door alles wat hem lief is.

Een kliniek, een ziekenhuiskamer is onpersoonlijk en koud. De patiënt voelt zich er verbannen en geïsoleerd. In een ziekenhuis is er te weinig tijd om de nodige aandacht te schenken en om de lijdende, afscheidnemende mens bij te staan, hoezeer sommige verplegenden zich hiervoor ook inspannen.

De vertrouwde omgeving, het thuis-zijn en zich thuis voelen, omringd door dierbare huisgenoten en met de bemoedigende aanwezigheid van de huisarts vormen ongetwijfeld een belangrijke rustgevend factor bij het afscheid nemen van het leven. Het geeft een goed gevoel bij het loslaten van het leven en het vergelijken naar de eeuwigheid de aanwezigheid en de warme hand te voelen van dierbaren. De patiënt en de familie moeten elkaar kunnen loslaten. Als het op deze wijze gebeurt, is de dood niet beangstigend en kan zij zelfs mooi zijn. Altijd en voor alles moet echter de wens van de lijdende mens worden gerespecteerd. (*Applaus.*)

De voorzitter. — Het woord is aan de heer D'Hooghe.

De heer D'Hooghe (CVP). — Mijnheer de voorzitter, mijn uiteenzetting zal zeer kort zijn. Ik wil enkel ingaan op de motivatie omtrent het handhaven van de euthanasie in de strafwet. Tijdens de discussie van gisteren vroeg een spreker wie zich het recht kan toe-eigenen om dit principe *erga omnes* op te leggen. Het motief voor het behoud van euthanasie in de strafwet werd gisteren glashelder uiteengezet door de heer Messinne, staatsraad, die wees op de cruciale beschermende functie van de strafwet op het vlak van morele en sociale waarden in onze maatschappij.

De bijzondere problemen die zich bij de stervende mens aandienen, versterken deze vereisten. De stervende bevindt zich immers in een uiterst zwakke positie, zodat de zorgvuldigheidsregel niet streng genoeg kan worden bewaakt en de inzet voor een effectieve rechtsbescherming wel degelijk verantwoord is.

Het polariseren van deze problematiek door ze te reduceren tot de vraag of een bepaalde levensvisie aan de hele maatschappij kan worden opgedrongen, is een al te rigide verenging en simplificatie van de vragen die bij het levenseinde rijzen.

De CVP-fractie heeft in haar standpuntdocument aangehaald dat naast het louter strafrechtelijke discours ook het mensenrechtendiscours aan de orde moet komen. Dit sociale grondrecht is overigens opgenomen in artikel 23 van de Grondwet. Deze

verruiming is tevens noodzakelijk wegens de complexiteit en de veelheid van aspecten van de stervensproblematiek. Ik stond erop dit toch nog even kort, maar krachtig, te benadrukken. (*Applaus.*)

M. le président. — La parole est à M. Mahoux.

M. Mahoux (PS). — Monsieur le président, j'articulerai mon intervention autour de quelques considérations à propos d'arguments échangés hier et aujourd'hui.

J'avancerai quelques idées simples que je voudrais situer au-delà des questions théoriques strictement juridiques, médicales ou éthiques.

J'essaierai de formuler rapidement des pistes qui pourraient nous permettre de concrétiser les valeurs que nous défendons tous. Mais je souhaiterais le faire en me plaçant du côté du patient, de la personne souffrante qui formule une demande d'aide qui est parfois une demande d'euthanasie.

De nombreux intervenants ont souligné que la vie d'une personne s'inscrit dans un tissu de relations. L'on n'appartient pas qu'à soi-même, mais également aux autres. Les autres donnent un sens à notre vie, et nous donnons sens à la leur. C'est vrai.

Cela signifie-t-il pour autant, comme l'ont affirmé certains, que, d'une part, la vie est radicalement indisponible, et que, d'autre part, l'acte euthanasique serait la négation même de cette «intersubjectivité»?

Je ne le pense pas. Chacun doit rester maître de son engagement dans un tissu de relations et dans la société, au risque, si ce n'était le cas, de nier la valeur de cet engagement. Vivant, ont dit certains, on peut renier ses parents, refuser de les voir; on peut aussi souhaiter mourir en les aimant. Chacun doit garder la possibilité de juger, qu'à un moment donné, même la présence des autres ne peut plus donner sens à sa vie, et qu'il n'a plus rien à donner aux autres. Personne ne peut juger à la place d'un malade que la dégradation qu'il subit est ou non supportable, et qu'il doit assumer, en continuant à vivre, l'image qu'il donne de lui aux autres, alors que cette image ne correspond pas à ce qu'il peut supporter.

Le refus de cette liberté de choix ultime conduit, en réalité, à instrumentaliser la vie d'une personne, sa souffrance et sa mort, au bénéfice de la collectivité, des parents, des amis, voire d'une conception philosophique particulière,...

C'est précisément pour consacrer la valeur de l'engagement «intersubjectif» qu'il faut permettre à chacun de garder une maîtrise sur sa vie, éventuellement, d'y renoncer: une relation, un lien, un engagement de cette nature auquel on ne peut renoncer est un engagement de peu de valeur.

Ma deuxième remarque est que l'intervention d'un tiers médecin qui aide le patient à mourir lorsque celui-ci l'a demandé, doit être considérée comme la dernière expression d'une solidarité, du lien avec un autre que soi-même en qui le malade a placé sa confiance, précisément parce qu'il s'agit d'une aide, d'une assistance, qui a fait l'objet d'un dialogue, d'un échange, et qu'il ne peut pas s'agir d'un acte unilatéral, imposé au médecin par le patient ou, pire encore, au patient par le médecin.

Le dialogue doit donc être au cœur de la relation qui va s'instaurer entre le médecin et le patient qui formule une demande d'euthanasie. Il doit être non seulement encouragé — on dénonce à juste titre des euthanasies pratiquées sans entretien avec le patient — mais il doit surtout être préservé de tout parasitage.

En d'autres termes, et on l'a déjà dit, la relation binaire, qui doit se nouer entre le médecin et le patient, ne peut être transformée en une relation triangulaire qui placerait obligatoirement le patient et sa demande face à un comité d'éthique, à des tiers à qui il ne veut pas se confier, ou à une superstructure, quelle qu'elle soit.

L'on peut souhaiter que le médecin consulte d'autres personnes. Ces consultations peuvent l'aider à comprendre son patient, à envisager toutes les formes d'aide qui pourraient lui être suggérées, à fonder la décision de donner suite à la demande.

Mais à cet égard, il faut être clair. Ces consultations ne peuvent diluer la responsabilité du médecin envers son patient; elles ne peuvent — non plus — réduire la capacité d'écoute du médecin, en transformant celui-ci en porte-parole ou en défenseur, vis-à-vis du patient, de l'appréciation de tiers sur la demande d'euthanasie.

Si ce ne sont celles avec un autre médecin, sur l'aspect purement médical du dossier, les consultations ne peuvent se faire qu'avec des personnes sur l'identité desquelles le patient a donné son accord.

Ces consultations doivent également être l'objet d'un colloque singulier entre le médecin et la personne consultée; elles doivent être couvertes par le secret médical.

Il serait en effet inadmissible, si le patient ne le souhaite pas, que la demande fasse l'objet d'un débat public dans lequel n'importe qui puisse intervenir pour faire valoir un intérêt quant à la vie ou la mort du patient, alors que c'est le patient et lui seul qui est juge de cet intérêt.

Toute réforme législative devra encourager un dialogue entre le médecin et le patient, conçu comme un processus dynamique et évolutif. Il faut donc éviter de le figer dans une «procéduralisation» excessive. Une «procéduralisation» trop contraignante de l'acte permet d'ailleurs de craindre des effets négatifs importants: elle risque de marginaliser le dialogue — et donc la réalité de la demande du patient — au profit du respect de conditions purement formelles qui justifieraient ou excuseraient le médecin; elle risque, surtout, de rebuter certains patients et de nombreux médecins; à cet égard, on peut craindre qu'elle ne réduise pas la semi-clandestinité ou la clandestinité de nombreuses euthanasies, dont on a, ici, suffisamment dénoncé les conditions parfois critiques.

Je voudrais développer une deuxième idée, pour situer avec plus de précision la réalité des pratiques, et éviter que l'on évacue le débat par des distinctions qui ne sont pas pertinentes et qui, au demeurant, risquent de réduire le droit des patients lucides de participer aux décisions qui concernent leur fin de vie. En vérité, toute la tension qui est au cœur du débat d'hier et d'aujourd'hui risque de se concentrer autour d'un geste souvent fantasmagorique: celui du médecin qui injecte à son patient une substance qui donnera la mort.

L'idée est simple: l'euthanasie est au bout de la seringue; et c'est ce geste du médecin qu'il faudrait interdire ou réglementer.

Or, l'euthanasie, c'est aussi beaucoup d'autres choses. L'arrêt d'un traitement peut, dans certains cas, avoir un effet immédiat. Et le traitement, dans ces cas, est précisément arrêté pour produire cet effet. L'administration à haute dose d'analgésiques peut aussi conduire à une mort très rapide. Ils sont souvent dosés dans cette perspective. Comment justifier que ces décisions soient tolérées, sans que la question de la responsabilité du médecin vis-à-vis du patient soit débattue et sans que son intervention fasse l'objet d'exigences quelconques, alors que l'on exigerait du médecin le respect de procédures strictes s'il administrait une substance mortifère? Il y a là plus qu'une ambiguïté.

L'on ne peut plus distinguer aujourd'hui entre l'euthanasie passive ou indirecte et l'euthanasie active sans méconnaître les enjeux qui déterminent les pratiques médicales. Ce qui doit être garanti, c'est précisément la participation éclairée du patient aux décisions qui sont prises.

Cette participation — et l'on y revient — ne peut être assurée que par le dialogue approfondi avec le médecin et par l'information du patient lucide et conscient. Elle ne sera jamais assurée par une «procéduralisation», requise pour certaines interventions et pas pour d'autres, alors que toutes conduisent au même résultat.

Pour conclure cette brève intervention, je formulerai une dernière considération sur la portée effective d'une loi éventuelle et sur les objectifs qu'elle devrait rencontrer.

La situation actuelle, si elle connaît des cas problématiques, régit aussi des pratiques tout à fait acceptables. Il ne serait pas admissible qu'une loi, par les conditions qu'elle pose, constitue un frein à des pratiques parfaitement respectueuses des droits et de la volonté du patient, tout en ne maîtrisant pas les pratiques clandestines ou peu respectueuses du patient. Cette exigence-là cerne notre responsabilité de législateur.

Aucune loi ne réduira les demandes d'euthanasie. Mais la loi peut encourager les médecins à mieux maîtriser celles-ci, à les comprendre mieux et à y donner éventuellement suite dans les conditions les plus satisfaisantes.

Si le Parlement s'accorde sur une modification des dispositions actuelles, la loi nouvelle devra responsabiliser le médecin en le sécurisant, quel que soit l'acte qu'il pose: arrêt du traitement, administration d'analgésiques ou de substances mortifères.

La loi devra permettre au plus grand nombre de médecins de prendre leurs responsabilités face à une demande d'accompagnement et à une décision qui, *in fine*, appartient au patient. Prendre leurs responsabilités, c'est-à-dire non seulement ne pas renoncer à intervenir adéquatement par crainte réelle de la menace pénale, mais aussi ne pas refuser d'entrer en dialogue avec le patient sous le prétexte que la loi n'autorise pas le geste qui est sollicité.

Si la loi se contente d'affirmer des principes — qui, du reste, ne seront peut-être pas partagés par tous — sans tenter de cerner la réalité et de la maîtriser, elle ne sera qu'une coquille vide et tous, partisans et adversaires de l'euthanasie, ne pourront alors que désespérer.

Les débats d'hier et d'aujourd'hui ont montré que la volonté était de trouver des solutions, même si les positions semblent parfois éloignées.

Ce débat permettra — je l'espère — de réduire certaines objections théoriques à une réforme législative ou de réduire certaines exigences théoriques qui ne résisteraient pas à une analyse des faits et des situations concrètes.

Le débat laisse en tout cas percevoir une volonté commune d'aboutir à des solutions justes. Il est donc souhaitable que le dialogue législatif se poursuive, sous d'autres formes, autour de la question qui nous a préoccupés pendant deux jours. (*Applaudissements.*)

M. le président. — La parole est à Mme Mayence.

Mme Mayence-Goossens (PRL-FDF). — Monsieur le président, je voudrais remercier non seulement les membres du Comité de bioéthique qui ont enrichi notre débat; mais également l'ensemble de cette assemblée qui, pendant ces deux jours, a mené une réflexion profonde sur un sujet essentiel, même si certaines approches divergent en la matière.

Trois étapes sont essentielles dans la vie des humains: recevoir la vie, la donner et la perdre. Le législateur belge y a toujours été attentif, et moi-même, j'ai eu l'occasion de m'investir dans le débat qui a abouti à la loi sur l'interruption volontaire de grossesse; j'y ai pris mes responsabilités et je m'en félicite toujours aujourd'hui. On ne pouvait, en effet, admettre que la situation juridique des femmes en ce domaine dépende, comme c'était le cas auparavant, de leur état de fortune ou de leur degré d'éducation. Il n'était pas davantage admissible qu'au malheur de certaines femmes, vienne s'ajouter une sanction pénale.

Vous me permettrez de prendre une position autre sur la question de l'euthanasie parce que, simplement, je crois que les données sociologiques du problème sont différentes et que la nécessité d'une intervention du législateur ne me paraît pas établie; plus encore, je pense qu'en l'espèce, l'intervention du législateur présente plus d'inconvénients que d'avantages. Je m'explique.

Toute notre éthique — pour ne pas parler de morale — et, par conséquent, notre Code pénal sont basés sur le principe essentiel du respect de la vie. Une civilisation qui abandonnerait ce principe ne respecterait pas elle-même et ne respecterait pas ses citoyens. Les derniers événements tragiques que vient de vivre notre pays l'ont rappelé avec la plus grande force. Il convient donc que le législateur établisse le moins de brèches possibles dans cette pierre angulaire de notre société, sous peine d'affaiblir le principe lui-même. C'est dire assez qu'en matière d'euthanasie, il ne faut légiférer que si la demande sociologique est grande et que si, en même temps, la loi peut apporter au problème une solution efficace sans pour autant porter lourdement atteinte au principe supérieur du respect de la vie dont je viens de rappeler l'importance dans notre système de société. Montesquieu écrivait sagement dans *L'esprit des lois* que les lois inutiles affaiblissent les lois nécessaires.

Voyons donc si la loi qui nous est proposée est nécessaire; voyons aussi si elle sera efficace, susceptible de résoudre le problème posé sans engendrer d'autres inconvénients plus lourds.

La loi est-elle nécessaire ? On ne peut pas ne pas être frappé par la différence de situation par rapport à ce qui existait en matière d'avortement. Ici, point à ce jour de procès intenté à un médecin qui se serait rendu coupable d'un fait d'euthanasie impliquant des poursuites de la part du ministère public. Ici, on ne peut concevoir que le traitement soit différent selon le degré de fortune ou la position sociale. L'euthanasie, dont certains veulent faire l'objet d'une nouvelle législation, est nécessairement l'euthanasie pratiquée par des médecins sur des malades en phase terminale qui ont exprimé valablement une volonté. Pourquoi dès lors vouloir une législation nouvelle sinon pour essayer d'augmenter les cas où l'euthanasie deviendrait possible, sinon pour permettre l'euthanasie là où, aujourd'hui, les règles de la déontologie médicale ne la permettent pas ?

Il est faux d'affirmer que, dans l'état actuel de notre législation, le Code pénal punit l'euthanasie. Il ne punit pas l'euthanasie commise par nécessité. Je suppose que les tenants de la modification de la loi ne demandent pas que l'euthanasie commise sans nécessité soit aujourd'hui dépénalisée ! Ce serait pire encore s'il s'agissait, à l'occasion de ce projet et en quelque sorte par la bande, de légaliser l'aide au suicide. Ce n'est pas pour assurer une sécurité juridique que l'on veut légiférer, puisque les règles de la déontologie médicale et du Code pénal assurent cette sécurité ; c'est bien pour aller au-delà de ce que permettent la déontologie et le Code pénal. C'est bien pour créer une brèche supplémentaire dans le principe fondamental du respect de la vie.

Comment ignorer ce que nous disait, hier, avec beaucoup de pertinence juridique M. Messinne, professeur à l'U.L.B. et conseiller d'État ? Je le cite : « La loi pénale n'a pas pour fonction d'autoriser, même dans des cas qu'elle énumérerait de manière exhaustive, un humain à tuer un autre humain : elle a pour fonction essentielle de garantir la valeur morale et sociale que constitue le respect de la vie d'autrui. J'ai la conviction profonde qu'il ne faut pas demander à la loi ce qu'elle ne peut pas donner ; à peine de manquer à cette fonction essentielle, je ne pense pas qu'elle puisse garantir la sécurité à celui qui, quelles que soient les circonstances, décide de donner la mort. Cet acte-là est en effet trop grave pour que son auteur ne doive pas se trouver en situation de rendre des comptes à la société. » Je me rallie totalement à cette analyse même si j'ai conscience que la manière dont meurt un être cher constitue, comme l'exprimait le professeur Schwartzberg, un héritage essentiel pour ses proches et forme souvent, dans leur esprit, l'idée qu'ils ont eux-mêmes de la mort.

Je me pose une deuxième question : la loi sera-t-elle efficace ? En matière d'avortement, il est possible de définir des critères plus ou moins efficaces ; à mon sens, ce n'est pas possible en matière d'euthanasie. S'il est possible de prendre en compte une grossesse d'un âge défini et de procéder à l'examen objectif d'une situation de détresse, qui pourra jauger le poids de la douleur du malade ou évaluer la dégradation de sa personnalité humaine avec suffisamment d'objectivité pour demander l'euthanasie ? Les cas où l'euthanasie peut être envisagée sont tellement variés et exceptionnels, ils touchent à des notions si personnelles et si difficiles qu'à mon sens, ces situations d'une particularité si intense ne s'appréhendent pas dans des textes juridiques fatalement de nature générale. Il y a antinomie entre les deux concepts et il ne serait pas sage de vouloir réduire l'un dans l'autre.

Qui pourra assurer que la volonté exprimée dans la douleur et le découragement ne changera pas quelques instants, quelques heures ou quelques jours plus tard ? Ceux qui assistent les malades jusqu'au bout de leur vie retiennent à jamais dans leur mémoire la plus sensible cette image : la main du mourant qui, à l'instant final, s'accroche à la leur pour avoir un ultime contact humain alors que, quelques jours plus tôt, le même malade exprimait son souhait de quitter ce monde.

J'ai d'ailleurs le sentiment que la gageure est, en l'espèce, de vouloir définir les conditions de l'état de nécessité dans un texte juridique. Vous connaissez le caractère lapidaire de l'article 71 du Code pénal et je suis certaine que le législateur de l'époque a adopté ce texte concis et général pour permettre au juge du fond d'appréhender clairement les situations de fait avant de leur appliquer des critères juridiques.

À mon sens, vouloir fixer dans un texte légal les conditions de l'état de nécessité est impossible ou alors, la rigidité de ces conditions deviendra réductrice de la notion d'état de nécessité et source d'une nouvelle insécurité juridique puisque le débat, au lieu de se tenir sur la réalité de l'état de nécessité, se tiendra sur l'existence des conditions fixées limitativement par la loi.

Est-ce un progrès quand l'absence de poursuites montre bien que les textes actuels suffisent à régler les questions qui se posent aux praticiens ? Il n'est pas exact d'affirmer que les autorités médicales seraient laxistes ou impuissantes à contrôler l'action des médecins en la matière qui, mieux que les médecins, peut émettre en connaissance de cause une opinion sur l'acte d'euthanasie qui doit rester un acte médical ? Je tiens du professeur Broschi qu'il existe chez nous un conseil éthique interuniversitaire compétent et exigeant.

Si nous voulons améliorer la situation, n'est-ce pas plutôt en orientant nos efforts et nos conseils vers une meilleure information du malade et de ses proches, une meilleure formation des médecins aux soins palliatifs et, surtout, vers la lutte contre la douleur ? Il faut dire clairement que la douleur doit être combattue et que c'est un des éléments à prendre en compte — de même que la dignité de l'individu — dans le choix des thérapies et dans leur poursuite. Ce sont des éléments à prendre en considération quand il faut examiner la réalité de l'état de nécessité : c'est vrai pour les praticiens, ce l'est aussi pour les juges s'ils sont saisis.

Au lieu d'ouvrir une nouvelle brèche dans le principe du respect de la vie, au risque de l'affaiblir encore aux yeux de nos concitoyens, ne vaut-il pas mieux sauvegarder le principe que l'atteinte volontaire à la vie reste d'ordre public mais que l'euthanasie est parfois justifiée, au sens de l'article 71 du Code pénal, par l'état de nécessité ? La notion de cet état de nécessité restera « déposée » dans les règles déontologiques qui s'imposent au monde médical. Cela ne doit pas pour empêcher de militer en vue d'une expression plus claire de la volonté du malade de ne pas subir, à l'article de la mort, les effets d'un acharnement médical inutile.

N'est-ce pas plutôt à la douleur qu'il faut s'attaquer pour rendre la mort plus douce et plus digne ? N'est-ce pas à la formation des médecins aux soins palliatifs et à l'idée qu'un patient en phase terminale est encore un vivant à soigner que nous devons nous attacher ?

Pour moi, les questions qui se posent avec le plus d'acuité aujourd'hui sont celles du contrôle de la douleur et de l'assistance psychologique aux mourants.

J'ai déjà dit que la douleur et la dignité étaient des éléments à prendre en compte dans l'appréciation de la conduite du médecin. Je ne voudrais pas qu'une législation nouvelle sur l'euthanasie soit un prétexte pour oublier l'essentiel qui tient dans les deux questions que je viens d'évoquer. Les moyens médicaux de lutte contre la douleur sont de plus en plus efficaces.

Dès lors, il convient d'abolir les vieux préjugés à l'égard de leur utilisation, nonobstant le fait que leur administration implique tôt ou tard l'arrêt de vies qui, de toute manière, auraient pris fin dans d'atroces douleurs.

L'autre piste — la deuxième — est l'aide psychologique au malade. Elle comporte donc une meilleure information, un meilleur environnement, l'intervention d'un personnel spécialisé dans les soins palliatifs. C'est tout à fait essentiel. Pour moi, c'est plus important qu'une nouvelle législation sur l'euthanasie.

Attachons-nous donc avec efficacité à cette véritable aide aux mourants par la lutte contre la douleur et la présence que nous devons assurer auprès d'eux. (*Applaudissements.*)

M. le président. — La parole est à Mme Milquet.

Mme Milquet (PSC). — Monsieur le président, dans le temps qui m'est imparti, j'aimerais, en tant que juriste, préciser certains aspects juridiques du débat et de la position que nous défendons.

Comme Mme Mayence dont je partage les propos, je conçois que la problématique de l'euthanasie dont on a, du reste, parlé avec beaucoup de dignité et de grandeur durant ces deux jours, n'est nullement réductible, au contraire, à un problème de droit pénal et de législation. Il s'agit avant tout d'un problème

d'éthique, de conflit de valeurs, de formation des médecins, de communication qui semble insuffisante. Il s'agit aussi du problème dramatique du décalage croissant entre, d'une part, la demande sociale d'une autre prise en charge médicale et sociale de la fin de la vie et, d'autre part, les moyens actuels d'offre médicale réelle qui sont encore hélas lacunaires. Se pose aussi la question du financement encore insuffisant des services de soins palliatifs, de l'effet que l'on pourrait appeler pervers de certains mécanismes de financement des soins de santé.

La priorité ne réside pas, me semble-t-il, dans la question de savoir s'il faut ou non légiférer mais plutôt dans la nécessité de mener un véritable débat — j'espère qu'il aura lieu prochainement dans les commissions respectives — sur les choix prioritaires qu'il doit faire en matière de politique de la santé.

Cela implique certainement une évolution de la notion même de la médecine, une nouvelle définition des besoins, une nouvelle distribution des moyens en ce qui concerne notamment la fin de vie. S'il est un débat à mener de toute urgence, c'est sûrement celui-là, et il est intimement lié à celui de l'euthanasie.

En tant que juriste, j'aimerais aborder très brièvement la question fondamentale de savoir s'il faut ou non légiférer et de quelle manière.

Je voudrais distinguer, d'une part, une loi nécessaire et efficace, qui consisterait à modifier la législation sur l'art de guérir de façon à rencontrer essentiellement la position trois du Comité consultatif d'éthique et, d'autre part, une législation qui me semble inutile, parce que dangereuse, qui consisterait à modifier les principes inscrits dans le Code pénal. Toutefois, des ponts pourraient être jetés entre une nouvelle législation sur l'art de guérir et le maintien du texte du Code pénal, et surtout de la notion d'état de nécessité qui pourrait, dans des cas extrêmes, limiter une application trop absolue de ces principes.

En ce qui concerne la modification de la législation sur l'art de guérir, quatre changements essentiels devraient être introduits.

Le premier consiste dans l'introduction du rappel explicite des droits du patient à travers les obligations imposées au médecin. La loi devrait préciser l'obligation pour le médecin de donner au patient l'information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que sur les conséquences et les risques qu'elle comporte. Pour toutes les décisions délicates, il convient de trouver les moyens d'imposer une véritable communication, ce qui suppose un autre type de formation au cours des études médicales et une formation continuée adaptée. Je suis frappée par l'absence de cours abordant le rapport à la mort dans la formation de nos généralistes.

Deuxièmement, la formulation explicite des conditions de légalité élémentaire de tout acte médical quel qu'il soit devrait être inscrite dans la législation de manière à fournir aux médecins des points de repère dans leur pratique quotidienne. Ces conditions devraient empêcher que les médecins posent des actes non nécessaires à la santé des patients et éviter, ainsi, l'acharnement thérapeutique. Les actes médicaux devraient aussi être proportionnés par rapport au bénéfice que les patients en tireraient.

La troisième modification, qui est approximativement la position numéro trois du Comité d'éthique, consisterait à mettre en place, pour toute décision médicale difficile relative à une demande d'euthanasie ou à un autre aspect délicat, une concertation préalable, dont les modalités devraient être souples. Des conflits importants pourraient en effet surgir sur cette question.

Cette législation se devra de concilier les principes de l'exclusivité du colloque singulier entre le médecin dont la responsabilité est essentielle, et son patient avec la position de ceux qui souhaitent un minimum de garde-fous, d'implication de tiers, pour éviter que les médecins ne soient amenés à prendre des décisions aussi délicates tout seuls. Les médecins ne sont pas toujours capables de décoder correctement les demandes d'euthanasie et d'y deviner une autre demande. Pour renforcer leur responsabilité, il est indispensable de les obliger à confronter leur analyse aux avis de tiers très intimement impliqués dans la vie du patient, qu'il s'agisse de proches, de l'équipe soignante, d'un autre médecin ou d'un membre d'un comité d'éthique. Cela ne peut que renforcer leur responsabilité au lieu de la diluer. Cependant, selon

la position que nous défendons, ces avis seraient consultatifs et non contraignants, la décision appartenant *in fine* aux médecins. Ainsi, le principe du colloque singulier ne serait pas rompu.

Les positions peuvent donc se concilier dans le cadre d'une éventuelle modification de la législation sur l'art de guérir. La position numéro trois pourrait rencontrer certains principes de la position numéro deux.

Quatrièmement, une autre modification devrait être introduite au sujet de l'obligation explicite, pour les médecins, de consigner et de détailler dans le dossier médical, toute décision prise ou tout acte posé dans un cas lié à une demande d'euthanasie.

Il est nécessaire de légiférer pour introduire de telles modifications dans la législation sur l'art de guérir. Elle serait ainsi efficace et éviterait le vide juridique dangereux qui subsiste pour l'instant et qui laisse se développer certaines pratiques clandestines qui ne répondent pas au respect prioritaire des droits du patient et à celui du droit à la vie.

Par ailleurs, comme la majorité des intervenants, je pense qu'il ne faut pas modifier la législation pénale. L'interdit de tuer doit le rester pour protéger l'autre, et en particulier le plus faible. Je pense qu'en fin de vie, on est très faible. Il faut donc qu'à ce moment-là, on soit protégé, entre autres contre certaines pratiques ou par rapport à certaines ambivalences dans les demandes que l'on pourrait formuler.

Je pense par conséquent qu'il faudrait maintenir, si l'on veut garder le principe de la responsabilité du médecin, un contrôle judiciaire *a posteriori*. La question à se poser est alors de savoir ce que l'introduction d'une modification dans la législation sur l'art de guérir impliquerait pour le juge lorsque, face à une plainte, il doit appliquer cet article du Code pénal et qu'il est amené à apprécier l'état de nécessité.

Je pense que le contrôle du juge *a posteriori* devra toujours porter sur deux éléments. Il lui faudra d'abord apprécier le respect des procédures qui auraient été prescrites dans le cadre de la législation sur l'art de guérir. À cet égard, nous pensons que ces procédures devraient être très souples de manière à éviter la «tribunalisation» évoquée lors de nos débats.

Cependant, le contrôle *a posteriori* ne peut se limiter au seul respect des procédures. Il doit également porter sur la qualité et l'opportunité de la décision qui a été prise. En effet, si le contrôle du juge se bornait au seul respect des procédures, on s'orienterait probablement rapidement vers un système similaire à la situation des Pays-Bas où l'euthanasie se pratique beaucoup plus librement moyennant le seul respect de procédures de type administratif, même si l'interdit pénal y est maintenu.

Nous voulons que le juge conserve un pouvoir d'appréciation plus fondamental qui permette d'évaluer, malgré la procédure mise en place, si la personne se trouvait bien dans le cadre d'un état de nécessité. Comment ce contrôle social pourra-t-il concrètement s'exercer *a posteriori*? Cette évaluation très difficile devra se baser sur les notes consignées par le médecin dans le dossier médical. Le dossier constituera une sorte de «boîte noire» qui contiendra la substance des délibérations collégiales qui ont mené à la décision. Ce dossier permettra d'éclairer le magistrat, entre autres en indiquant le nombre des personnes consultées et la majorité qui s'est déclarée en faveur de la décision euthanasique.

Ce procédé aura le mérite de ne pas systématiquement mettre à mal le secret médical tout en permettant un contrôle judiciaire effectif en cas de problème.

Mais comment définira-t-on l'état de nécessité? Cette notion, telle qu'elle existe — selon moi, elle doit être maintenue — permet d'enfreindre la loi pénale dans une situation de crise exceptionnelle caractérisée par un conflit de valeurs. Je crois que si dans ces circonstances exceptionnelles, un individu observait la loi pénale — comme le médecin est peut-être parfois amené à le faire —, il en résulterait des conséquences néfastes dépassant tellement l'inconvénient de la transgression que le législateur lui-même se prononcerait pour la désobéissance.

Selon moi, nous pourrions être éclairés par la définition du Code pénal de l'Allemagne fédérale qui précise la notion d'état de nécessité. Il indique que celui qui, dans une situation de danger

pour la vie, l'intégrité corporelle, la liberté, l'honneur, la propriété ou toute autre valeur sociale fondamentale — et selon moi, la dignité de la vie est au nombre de ces valeurs — qui ne peut être conjurée d'autre manière, commet une infraction pour détourner le danger de lui-même ou d'autrui, n'agit pas de manière illicite si l'intérêt protégé —, il peut s'agir de la qualité de la vie ou du droit à choisir dignement sa fin de vie — l'emporte considérablement sur l'intérêt menacé. Cet intérêt peut être la vie biologique et le droit à la protection de sa vie. Il faut donc peser les intérêts contradictoires, notamment les valeurs sociales fondamentales et le degré de danger qui les menace.

Comme Mme Mayence, je pense qu'il ne faut pas définir dans une loi ce qu'est l'état de nécessité. En effet, dans des matières aussi délicates, une loi est toujours réductrice. Je suis convaincue que l'on ne peut, en tout cas, se limiter au contrôle du seul respect des procédures. Il faut envisager un contrôle beaucoup plus large qui doit rester important et efficace.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'avis du Comité d'éthique à propos de la position trois. Cette proposition garantit au médecin une certaine sécurité juridique dans la mesure où la décision prise, après consultation, atteste qu'au moment de l'acte euthanasique, il se trouvait juridiquement en état de nécessité.

Je trouve que cette nuance devrait être affinée. Le passage par une procédure consistera-t-il une présomption de l'état de nécessité? Cette présomption sera-t-elle ou non irréfragable? Ne sera-t-elle pas, dans ce cas, totalement irréfragable du fait de l'existence de l'état de nécessité? Il me semble que c'est à cela qu'il faut parvenir. Nous aurons encore de nombreuses discussions juridiques sur ce point.

Je souhaite remercier le Sénat et l'ensemble de mes collègues pour la qualité de ce débat. (*Applaudissements.*)

M. le président. — La parole est à M. Chantraine.

M. Chantraine (PSC). — Monsieur le président, en parfaite harmonie avec la philosophie de mon groupe, je désire m'exprimer en tant que médecin pratiquant depuis vingt-cinq ans et de membre du Conseil de l'Ordre des médecins depuis dix ans.

La médicalisation de la mort est l'un des traits marquants de notre époque. La prise en charge du patient par le spécialiste n'est plus globale. Il faut dire que, le plus souvent, seuls les actes techniques sont réellement valorisés dans certaines cliniques. Quelles sont encore les chances de réussite du colloque singulier, rencontre d'une confiance et d'une conscience, colloque sur la qualité duquel se base l'éthique médicale telle qu'elle a été jusqu'à présent formulée.

Beaucoup de demandes d'euthanasie viennent de l'«inhumanité» médicalisée, aseptisée, imposée au patient. La demande de normes en matière de fin de vie est récurrente. Il faut bien dire que, confronté à une situation médicale sans issue, le monde médical se trouve souvent désemparé. En effet, le médecin a appris l'art de guérir, de soigner, mais il n'a pas toujours appris à accompagner le malade vers la mort. Je n'ai pour ma part reçu aucun cours à l'université sur l'accompagnement des malades en fin de vie. Nous avons tous dû faire cet écolage au cours de nos années d'expérience médicale.

Devons-nous pour autant constater que le médecin a perdu le sens authentiquement humain de la mort? J'espère que non; en tant que médecin, je dirai même que je suis convaincu du contraire.

Je voudrais insister tout spécialement sur les efforts particuliers qui doivent maintenant, d'urgence, être consentis pour promouvoir la formation du monde médical au dialogue avec les patients y compris en matière de soins palliatifs. Cela ne s'apprend pas à un cours de psychiatrie.

Que constatons-nous souvent? Lorsque les actes techniques demeurent impuissants, le monde médical oscille entre l'indifférence feinte et l'acharnement thérapeutique dans le sens négatif du terme: tout sauf reconnaître le cadre humain de cette mort inéluctable, tout sauf reconnaître l'impuissance médicale en cette fin de vie.

Ma présidente de groupe a déjà parlé de notre refus absolu tant de l'acharnement que de l'abandon thérapeutique. Je n'y reviendrai pas. Cependant, si on ne peut plus rien faire pour les organes, on peut encore faire beaucoup pour la personne, ou plutôt avec la personne. Elle a droit à l'accompagnement affectif, au soulagement.

La demande d'euthanasie du patient provient le plus fréquemment de la crainte d'être abandonné ou «exécuté» sans y avoir consenti, ou encore de la peur d'avoir à subir l'acharnement thérapeutique, contraire au respect le plus élémentaire dû à un être humain. À partir du moment où les actes médicaux ne peuvent plus apporter au patient aucun supplément de confort, de qualité de vie, pourquoi s'acharner? L'intérêt du patient ne se retrouve pas dans ces pratiques. L'hôpital, la clinique, sont des entreprises où ne sont souvent valorisés que les actes techniques. Je suis même convaincu que certains médecins réalisent parfois des interventions chirurgicales non nécessaires.

On ne se donne pas les moyens de passer du temps à parler au patient, à lui prodiguer les soins médicaux appropriés, à lui faire sentir que, malgré son inévitable dépendance, son manque d'autonomie, il n'est pas «de trop».

L'art de guérir devrait être aussi conçu comme l'art d'accompagner une personne incurable dans les derniers instants de sa vie. Même si bon nombre de médecins en sont conscients, le rappel de leurs obligations envers les patients en situation délicate s'impose, au même titre que le rappel des bienfaits de la collégialité dans la prise de décisions médicales difficiles. La demande d'humanisation de la médecine s'exprime en rapport avec la situation de fin de vie mais, aussi, dans toutes les situations où le patient est confronté à un problème de santé. Le colloque singulier entre le médecin et son patient, entre une conscience et une confiance, est à la base de toute éthique médicale. Je suis intimement convaincu du caractère quasi-sacré de cette relation privilégiée.

Néanmoins, il faut reconnaître que l'on demande au médecin de résoudre des questions véritablement existentielles. Actuellement, il est bien souvent seul devant la souffrance insupportable de son patient et la perspective effrayante de la mort. Dans sa pratique quotidienne, le médecin est, par définition dirais-je, toujours confronté à des dilemmes lorsqu'il se trouve en état de nécessité, et ce même si le pronostic fatal n'est pas toujours posé.

Dans ma pratique courante, je suis conscient de cette nécessité d'ouverture vers l'extérieur du colloque singulier et je la pratique. Ceux qui agissent autrement, se comportent de manière irresponsable et devront sans doute en répondre devant le ministère public.

Le PSC veut, dans les cas de décision médicale délicate, inciter les médecins à la collégialité. Bien entendu, le médecin décide seul, en conscience, et répond seul de l'acte qu'il pose, mais il pourra s'entretenir préalablement non seulement avec le patient mais encore avec un confrère compétent, la famille, l'équipe soignante et le comité d'éthique de l'hôpital. Il va de soi que ce genre de procédure devra être adapté à la situation du patient désirant mourir à domicile.

Il est encore une chose dont nous sommes conscients: nous manquons cruellement de temps. Comment consacrer à chaque personne l'écoute et l'accompagnement affectif qu'elle demande? Nous voulons inscrire dans notre philosophie la temporalité du processus de décision. Mais il faut sans doute, pour comprendre pleinement la complexité de l'accompagnement du malade en fin de vie, avoir soi-même vécu de tels instants.

À cet égard, je confirme les témoignages que les professionnels nous ont livrés hier. Le droit du patient à une information adéquate de la part de son médecin, la nécessité de l'obtention du consentement libre et éclairé du patient préalablement à tout acte médical, la formulation explicite des conditions de légalité élémentaire des actes médicaux doivent explicitement être formulés dans la législation relative à l'art de guérir afin de fournir au médecin des points de repère dans sa pratique quotidienne. Ces conditions de légalité élémentaire de l'acte médical impliquent que le médecin soit dans l'impossibilité de poser des actes inutiles à la santé ou au bien-être du patient. Une autre condition est que le médecin se limite à poser des actes proportionnels au bénéfice attendu par et pour le patient.

Nos débats auront mis l'accent sur l'accompagnement des malades à l'approche de la mort. Je tiens, à cet égard, à relever la grande sensibilité avec laquelle Mme Wouters s'est exprimée à ce propos hier après-midi. La médecine palliative — Mme Delcourt en parlera plus longuement tout à l'heure — permet de soulager la douleur dans 90 % des cas quand elle est correctement pratiquée. Les responsables des plateaux palliatifs confirment que les demandes d'euthanasie sont pratiquement nulles lorsque les soins adéquats sont prodigués.

Je rappelle qu'en matière d'administration de calmants, nous établissons une distinction importante: une chose est d'administrer des calmants qui combattent la douleur en phase terminale d'une maladie, au risque de hâter la mort du patient; une autre chose est d'en donner des doses mortelles dans le but de tuer.

Exiger avec force une formation des médecins aux soins palliatifs est notre priorité. Il est urgent d'encourager la généralisation de tels soins, y compris à domicile. Effectivement, dans certains cas, aucun traitement ne peut plus calmer la douleur. L'état de souffrance est dès lors insupportable. De telles situations ne nécessitent pas d'intervention législative de «dépénalisation» de l'euthanasie. Il s'agit de circonstances où le médecin se trouve juridiquement en état de nécessité et où son acte se trouve justifié. C'est d'ailleurs ce qui se produit actuellement. Comme vous le savez, la justice n'est pas demandeuse d'une modification de la loi. L'argument utilisé est que, dans la majorité des cas, le monde médical accomplit correctement son travail.

Quant au code de déontologie, il pourrait être utile, selon moi, d'y introduire des modifications mineures, notamment en ce qui concerne l'article relatif au colloque singulier.

La technicité ne devrait jamais prendre le pas sur l'humanité. Tel est mon point de vue en tant que médecin.

Pour terminer, j'espère qu'à l'avenir, la législation sera telle — nous en serons coresponsables —, que l'approche de notre propre mort pourra se dérouler en toute sérénité et constituer un point culminant non seulement de notre vie mais aussi de celle de notre entourage. (*Applaudissements.*)

M. le président. — La parole est à Mme Delcourt.

Mme Delcourt-Pêtre (PSC). — Monsieur le président, mon intervention portera sur les soins palliatifs à propos desquels s'est dégagé dans cet hémicycle un large consensus. Nous devons toutefois encore nous interroger sur les modalités que ces soins palliatifs pourraient prendre. Cet aspect a été peu abordé et devra faire l'objet de débats futurs au Sénat afin de mettre en place une législation.

Les premières expériences de financement public ont été lancées en 1991, mais le monde associatif avait beaucoup plus tôt, été à l'origine de la mise en œuvre des soins palliatifs. Je voudrais souligner le caractère citoyen de cette démarche. Ce sont des personnes conscientes des manquements dans le milieu hospitalier quant à la fin de vie des patients, qui ont développé ces premiers soins palliatifs. Il s'agit là d'une démarche démocratique qui doit être relayée par les pouvoirs publics.

À partir du 31 décembre 1997, les expériences de financement public qui étaient des expériences pilotes devraient prendre fin et voir leur financement organisé de manière fédérale et structurelle.

Plusieurs arrêtés royaux parus au *Moniteur belge* ont fixé des normes d'agrément des associations en matière de soins palliatifs et les subsides alloués à ces associations, mais il semble que ces arrêtés ne confèrent malheureusement de cadre légal et de subventions aux associations que dans leurs missions d'information ou de sensibilisation de la population ou encore de la formation des médecins et soignants en matière de soins palliatifs.

En revanche, les équipes pluridisciplinaires qui prodiguent effectivement des soins palliatifs sur le terrain sont totalement ignorées en ce qui concerne le subventionnement. Elles ne bénéficient d'aucun cadre légal ni d'aucun forfait de fonctionnement au niveau fédéral. Dès lors, nous allons devoir faire face à cette précarité dans l'organisation des soins palliatifs.

Il conviendra donc de veiller à rencontrer correctement la demande des patients en fin de vie afin d'éviter d'accroître l'inégalité actuelle devant la mort due aux défaillances de ces formes de financement. En effet, pour le moment, l'organisation de soins palliatifs s'effectue dans un double contexte. Il n'y a actuellement que 360 lits de soins palliatifs pour tout le pays — alors que nous assistons à un vieillissement de la population — et il faut bien reconnaître que l'organisation des soins palliatifs à domicile pèse doublement sur le patient et sa famille.

Ils sont plus coûteux pour le patient que les soins palliatifs en hôpital et, en outre, ils demandent, même avec le meilleur encadrement, une disponibilité de temps et de sérénité que ne peuvent assumer toutes les familles. Certes, l'interruption de carrière pour soins palliatifs offre des perspectives nouvelles mais elle ne peut rendre compte de toute la charge psychologique et financière qui repose sur la famille et le plus souvent sur les femmes. L'approche de la mort à domicile ne peut donc avoir lieu dans des conditions optimales que moyennant un soutien financier aux familles et une qualité de soins prodiguée aux malades, ce qui implique de définir un statut du patient en fin de vie à domicile. Ce statut permettra d'ouvrir au malade le droit éventuel à une intervention financière et de déterminer avec précision le traitement le plus adéquat.

Il est donc de notre responsabilité politique de veiller à la mise en place d'un financement structurel qui tienne compte de la nécessaire complémentarité des différentes formes d'organisations de soins palliatifs: équipes mobiles intra-hospitalières, unités résidentielles et unités de soins palliatifs à domicile.

À travers la mise en place de ces structures, nous devons veiller à ce que l'organisation de l'accompagnement des patients en fin de vie se fasse sans rupture entre les soins curatifs et les soins palliatifs, d'une part, et entre les soins palliatifs à l'hôpital et les soins palliatifs à domicile, d'autre part, afin d'éviter que le patient se sente abandonné. Au PSC nous préférons d'ailleurs parler de soins continus plutôt que de soins palliatifs.

La formation du corps médical à cette nouvelle culture qu'est la médecine palliative est d'une urgente nécessité. Il y aurait lieu d'introduire dans le cursus universitaire du médecin des cours et des stages pratiques réalisés en milieu palliatif. Cette formation devrait comprendre une approche à la dimension psychologique et sociale du malade en fin de vie. Il faut une formation spécialisée au contrôle de la douleur — plusieurs médecins pratiquant dans les services de soins palliatifs nous ont fait cette remarque. Les médecins doivent pouvoir développer une réflexion critique, une sorte de mise à distance lorsqu'ils ont perdu leur pouvoir de guérir.

Actuellement, la formation des médecins généralistes à la médecine palliative est laissée à leur libre initiative, avec le risque d'une inexpérience pour tous ceux qui ne la suivent pas, qui peut inciter soit à l'abandon thérapeutique, soit à l'acharnement thérapeutique.

En conclusion, la mise en place des soins palliatifs ne se veut pas une fuite en avant par rapport à l'euthanasie. Tous ceux qui se sont engagés dans cette voie avec professionnalisme et compassion nous ont dit combien cette démarche humanise l'approche de la mort, tend à diminuer la demande d'euthanasie, à la prévenir en quelque sorte. Mais elle n'élide pas la question et le conflit de valeurs qui l'entoure, qui est d'ordre moral et qui devra toujours nous interpeller. (*Applaudissements.*)

De voorzitter. — Het woord is aan de heer Vandenberghe.

De heer Vandenberghe (CVP). — Mijnheer de voorzitter, onze agenda voorzag in een tweede gespreksronde voor het formuleren van conclusies. Daarbij werd niet zozeer gedacht aan inhoudelijke conclusies, want die kunnen momenteel nog niet worden getrokken, maar wel aan besluiten met betrekking tot het verderzetten van onze werkzaamheden.

Ik ben van mening dat we alleszins enkele vaststellingen kunnen doen.

Ten eerste werd het debat gevoerd in een grote sereniteit, zoals het een bezinningskamer past.

Ten tweede werd er een rijkdom aan argumenten ontwikkeld en dat is eigen aan een parlementaire democratie, die in de ontwikkeling van eenieders opvattingen een middel ziet om te luisteren en te zoeken naar nieuwe politieke evenwichten.

Ten derde bleek over alle nuances heen eensgezindheid te bestaan over de noodzaak om de palliatieve zorgverstrekking verder uit te bouwen en bleek er geen verzet tegen de modernisering van de aangifteplicht van het overlijden.

Ten slotte bestonden er heel wat meningsverschillen over de procedurele waarborgen, a priori of a posteriori, wanneer de noodtoestand wordt ingeroepen. Dit wordt wellicht een kernthema in het vervolg van het debat.

Verscheidene collega's, waaronder collega Erdman, hebben voorgesteld om het debat voort te zetten in de commissies voor de Justitie en voor de Sociale Aangelegenheden. Wij kunnen onze werkzaamheden vandaag afsluiten met het in overweging nemen van dit uitstekend idee. Op die manier kan er in dezelfde geest worden voortgegaan met het slaan van de vereiste bruggen voor eventuele wetgevende initiatieven terzake. (*Applaus.*)

M. le président. — La parole est à M. Foret.

M. Foret (PRL-FDF). — Monsieur le président, mon intention n'est certes pas de revenir à l'exposé que j'ai développé tout à l'heure ni d'abuser du temps et de la patience des membres de cette assemblée. Les deux journées que nous venons de vivre sont particulièrement intéressantes et j'aurais regretté de ne pas avoir l'occasion de faire part, en quelques mots, des sentiments qui sont les miens et ceux de mes collègues du groupe PRL-FDF au terme de ces discussions. Je voudrais aussi dire comment nous envisageons le futur, au même titre que M. Vandenberghe vient de nous communiquer ses propres conclusions.

Nous nous réjouissons de la qualité de notre débat. La plupart des propos tenus ont témoigné d'un même tact, d'une même retenue et d'une même humilité. La gravité du sujet imposait, je pense, de trouver une telle justesse de ton. Les interventions des uns et des autres ont, me semble-t-il, également reflété une réelle volonté d'ouverture et d'écoute.

Nous avons noté avec satisfaction que l'on avait insisté sur tous les bancs sur les valeurs essentielles qui se devaient d'être préservées et, en premier lieu, sur la dignité du malade qu'il importe de maintenir en tout temps et sur sa liberté de choisir les conditions de cette dignité jusque dans les derniers instants de son existence. Au même titre, tous ont souligné qu'il ne peut être aucunement porté atteinte à la liberté de conscience du médecin qui ne pourrait, en aucun cas, être contraint de participer malgré lui à un acte quelconque d'euthanasie.

Il semble également acquis par tous qu'il importe d'encourager le développement des soins palliatifs au point de les constituer en élément de la pratique médicale courante. Tous s'accordent à admettre qu'ils sont soit un complément indispensable, soit une alternative digne.

À partir de ces prémisses admises par une quasi-unanimité des intervenants, force est pourtant de relever que les conclusions divergent. La nécessité ou l'urgence de modifier dès à présent la législation existante n'apparaît pas d'évidence à l'issue des débats. Si les propos que nous avons entendus dans cette enceinte constituent bien le reflet de l'état actuel de l'opinion publique, il semble bien que celle-ci reste très divisée et très partagée quant au souci d'innover légalement en la matière. Cette constatation nous renforce dans notre conviction qu'il serait vain de vouloir, dès à présent, mettre un terme à la réflexion entamée pour se lancer aussitôt dans l'improvisation d'une modification législative dont l'enjeu est essentiel au regard de nos valeurs éthiques et morales.

Vous me permettrez, dès lors, de maintenir les conclusions qui furent miennes lors de ma première intervention à cette tribune: notre réflexion et notre dialogue parlementaire doivent se poursuivre en commun, en s'alimentant du fruit de nos expériences individuelles et en s'enrichissant, fort à propos, des idées et des

points de vues exprimés au cours de cette journée. Bref, je pense que la seule urgence qui s'impose à cet instant est de continuer à réfléchir.

M. Vandenberghe a proposé que cette réflexion ait lieu au sein de nos commissions de la Santé et de la Justice. Nous nous rallions volontiers à son point de vue, mais il existe peut-être d'autres façons de prolonger notre débat, et nous devrions les envisager.

Cela étant dit, je tiens néanmoins dès à présent à exprimer nos réticences à voir accorder au testament de vie une valeur absolue ou, selon l'expression de certains, «une valeur légale contraignante». Ce testament de vie doit, pour ce qui nous concerne, demeurer indicatif et non décisionnel dans un contexte dont l'ensemble des éléments doit être pris en compte.

Nous rejetons également l'idée selon laquelle l'euthanasie nécessiterait l'intervention, dans le processus de décision, d'un tiers extérieur au patient ou à sa famille. Nous estimons que la décision finale doit résulter d'une relation de confiance envisagée de manière triangulaire entre le patient, ses proches et l'équipe médicale. Cette dernière dispose seule de la compétence nécessaire pour caractériser la gravité de la situation et ses possibilités d'évolution. Quant aux proches du patient — cette expression englobant non seulement les membres de la famille mais éventuellement aussi, à défaut, d'intimes amis —, leurs liens affectifs avec le malade ne peuvent a priori faire l'objet d'un doute quelconque. Nous n'apercevons pas de justification valable ou suffisante à l'intervention d'un tiers extérieur à cette relation triangulaire, dans la mesure où ce tiers n'est ni professionnellement ni affectivement concerné ou préoccupé par le sort du malade.

Entrer dans ce mécanisme nous semble, à terme, conduire inmanquablement à une «tribunalisation de la mort». Insensiblement, la mort cessera d'appartenir en propre à l'individu et à ceux qu'il estime ses plus proches. En outre, il est à craindre que, de manière insidieuse, l'on s'achemine lentement par ce biais vers une «normalisation» des conditions de la mort, avec tout ce que cela peut avoir de négatif.

Enfin, une dernière réflexion s'impose: nous n'avons abordé que le cas des malades conscients, capables d'exprimer valablement leur volonté et au sujet desquels — je l'ai dit — il nous semble indispensable de poursuivre la réflexion. A fortiori pensons-nous qu'il ne s'indique pas de débattre actuellement de la possibilité d'euthanasie pour les malades inconscients et les mineurs d'âge, au nombre desquels peuvent figurer de très jeunes enfants. Ces malades posent le problème essentiel de l'expression de leur volonté. Il ne s'agit pas de se voiler la face et d'ignorer ces drames humains en les excluant de nos réflexions; au contraire, nous pensons que le caractère particulièrement douloureux de ces cas mérite une réflexion spécifique à entamer ultérieurement avec précaution.

Telles sont, monsieur le président, les dernières considérations que je souhaitais formuler en guise de conclusion à nos discussions de ces deux jours, en souhaitant, je le répète, qu'elles connaissent un prolongement.

Permettez-moi d'émettre une réflexion strictement personnelle. Durant ces deux jours, j'ai la conviction que, contrairement aux apparences, en parlant beaucoup de la mort, c'est surtout à la vie que nous avons voulu rendre hommage, ce qui est, me semble-t-il, un des mérites incontestables de ce débat.

Pour terminer, au nom de l'amitié, je ne voudrais pas quitter cette tribune sans me tourner vers notre collègue Michèle Bribosia qui participe pour la dernière fois à nos séances. Je tiens à lui dire, au nom de mon groupe et en mon nom personnel, tout le plaisir que nous avons eu à partager ces moments avec elle. Nous sommes convaincus que nous aurons de multiples occasions de nous revoir. Je voudrais également la remercier de l'apport constructif qu'elle a donné à nos travaux. Sa dernière journée parmi nous est marquée par un débat qui faisait aussi honneur au Sénat. (*Applaudissements.*)

M. le président. — La parole est à M. Lallemand.

M. Lallemand (PS). — Monsieur le président, je ne répondrai certainement pas à toute la problématique qui a été suscitée par ce long débat. Je voudrais simplement exprimer la satisfaction qu'engendre l'expérience de la confrontation de points de vues différents sur un problème éthique fondamental. Cette démarche est essentielle, car nous avons pu tenir un débat ouvert et délicat en préservant une très grande qualité de pensée et de sentiments.

Nous n'avons évidemment pas vidé toute la problématique.

Certes, j'ai pu comprendre que certains accords partiels étaient possibles. Au terme de nos travaux, nous pourrions peut-être nous accorder sur des solutions parcellaires qui feraient l'objet d'un consensus. Par contre, sur des points essentiels, des divergences demeurent. Force est de constater l'absence d'accord sur des solutions pourtant fondamentales. Le débat devra donc se poursuivre. Il faudra le continuer dans la recherche d'un consensus profond sur des valeurs essentielles. Si cette exigence n'était pas respectée, nos discussions n'aboutiraient à rien.

À ce stade de la journée, nous ne pouvons plus approfondir le débat, même si nous n'avons pas épuisé le sujet. Je m'associe donc aux propos de M. Vandenberghe : il ne faut pas se couper définitivement de toute possibilité de discussion et de contact. Nous pourrions envisager d'envoyer les documents aux deux commissions concernées, celle de la Justice et celle des Affaires sociales, pour qu'elles examinent les suites à y donner. Nous laisserions ainsi la porte ouverte à des discussions sur un sujet capital. (*Applaudissements.*)

De voorzitter. — Ingaande op de suggestie van verscheidene sprekers meen ik als voorlopige gevolgtrekking te mogen zeggen dat de Senaat inderdaad van plan is dit debat voort te zetten, zeker in de commissies voor de Sociale Aangelegenheden en voor de Justitie, maar wellicht zoeken wij ook nog naar andere methodes om dit debat verder uit te diepen.

HOMMAGE À MME BRIBOSIA-PICARD

HULDE AAN MEVROUW BRIBOSIA-PICARD

M. le président. — Mesdames, messieurs, avant de clôturer les travaux de cette journée, j'aimerais m'adresser officiellement à notre collègue Mme Bribosia qui, à notre grand regret, nous quitte ce soir.

Madame, je m'exprime au nom de tous en vous disant combien nous avons apprécié votre trop brève présence parmi nous. Vous avez été et restez une sénatrice modèle, compétente, assidue et courtoise.

Nous vous souhaitons une bonne santé, beaucoup de succès et de bonheur dans cette nouvelle période de votre carrière et de votre vie. (*Applaudissements.*)

Het woord is aan de heer Vandenberghe.

De heer Vandenberghe (CVP). — Mijnheer de voorzitter, ik wil mij aansluiten bij uw vriendelijke woorden voor onze collega, mevrouw Bribosia. Ik wens haar het allerbeste voor de toekomst.

M. le président. — La parole est à M. Lallemand.

M. Lallemand (PS). — Monsieur le président, je crois que nous regretterons Mme Bribosia. Je ne l'ai pas toujours rencontrée comme je l'aurais souhaité, mais je pense qu'elle a apporté dans cette assemblée une qualité et une dignité qu'il convient de souligner.

Je vous souhaite une bonne continuation, madame, et j'espère que nous nous reverrons.

M. le président. — La parole est à Mme Dardenne.

Mme Dardenne (Écolo). — Monsieur le président, j'aimerais me joindre à l'ensemble de mes collègues pour exprimer à Mme Bribosia la sympathie de mon groupe et de celui de M. Boutmans.

J'ajouterais que, personnellement, j'ai beaucoup apprécié sa compétence dans la cause de la défense des femmes. Je la remercie. (*Applaudissements.*)

De voorzitter. — Het woord is aan de heer Erdman.

De heer Erdman (SP). — Mijnheer de voorzitter, de eeuwenlange banden tussen Antwerpen en Luik brengen mij ertoe hulde te brengen aan mevrouw Bribosia en het werk dat zij in de Senaat heeft geleverd. Op verschillende plaatsen en op verschillende manieren hebben wij met haar contact gehad en hebben wij haar werk kunnen appreciëren. Ik wens haar verder een goede gezondheid en een schitterende carrière.

De voorzitter. — Het woord is aan de heer Coveliers.

De heer Coveliers (VLD). — Mijnheer de voorzitter, ik zal niet opnieuw verwijzen naar de banden tussen Antwerpen en Luik. Wij hadden echter nog het bijkomende voordeel dat wij zeer dicht bij mevrouw Bribosia zaten en dus af en toe konden meegenieten van haar spitse opmerkingen die niet in de micro werden gezegd, maar die wij wel konden horen. Vaak waren zij bijzonder geestig. De zaken met humor bekijken maakt het leven aangener en wijst ook op een zekere wijsheid en afstand. Wij zullen dus met spijt vaststellen dat mevrouw Bribosia haar opmerkingen hier niet meer maakt en dat wij haar humor moeten missen. Ik ben er evenwel van overtuigd dat zij op andere plaatsen die humor en wijsheid zal uitstralen. Wij danken voor haar gezelschap en medewerking.

De voorzitter. — Het woord is aan de heer Loones.

De heer Loones (VU). — Mijnheer de voorzitter, namens de VU-fractie dank ook ik mevrouw Bribosia. Het is jammer dat er een stuk vrouwelijke aanwezigheid verdwijnt. Persoonlijk wil ik haar graag uitnodigen de Vlaamse kust te bezoeken. Zij kan daar ongetwijfeld zeer goed terecht bij een collega van haar eigen fractie, mevrouw Milquet, die een trouwe bezoeker is van Sint-Idesbald.

M. le président. — La parole est à Mme Milquet.

Mme Milquet (PSC). — Monsieur le président, je pensais à l'instant que mieux valait parfois démissionner en cours de session pour recevoir tant d'éloges ! (*Sourires.*) Je trouve d'ailleurs ces éloges tout à fait légitimes. Peut-être cela me donnera-t-il des idées...

Je ne voudrais pas rater l'occasion de rendre également hommage à Michèle Bribosia avec qui nous avons travaillé avec énormément de plaisir. Notre collègue a fait preuve de ténacité dans ses convictions, de professionnalisme et a surtout mis une grande ardeur à défendre le Sénat et le Parlement en général.

Je voudrais ajouter, au nom des membres de mon groupe, que nous sommes très tristes de la voir partir mais nous savons que nous continuerons à travailler activement avec elle. Derrière nos propositions futures, il y aura toujours l'ombre dynamique de Michèle Bribosia !

M. le président. — La parole est à Mme Willame.

Mme Willame-Boonen (PSC). — Monsieur le président, je suis ravie de pouvoir, à l'occasion de cette dernière séance à laquelle participe Michèle, dire toute l'amitié et la tendresse que nous lui portons ainsi que le plaisir que nous avons eu à travailler avec elle à la commission Rwanda.

Je voudrais ajouter que Michèle Bribosia incarne pour moi toute une série de valeurs dont il a été beaucoup question aujourd'hui. Je souhaite la remercier de son travail, de sa conscience professionnelle, de son acharnement et de son amitié.

M. le président. — Madame Bribosia, je voudrais souligner, en ma qualité de président de cette assemblée, le caractère tout à fait exceptionnel de ce que nous vivons en ce moment.

Je n'ai jamais connu de précédent en la matière. À plusieurs reprises déjà, lors du départ d'un parlementaire, nous lui avons rendu hommage, mais pour vous, madame, tous les groupes politiques se sont associés à cette démarche. J'espère que vous apprécierez cette unanimité.

Vous avez la parole, madame Bribosia.

Mme Bribosia-Picard (PSC). — Monsieur le président, je veux vous remercier ainsi que tous mes collègues des paroles si aimables qui viennent de m'être adressées. Elles me vont droit au cœur. Je remercie aussi l'ensemble des composantes du Sénat et je tiens à souligner que j'ai passé, dans cette assemblée, deux années de ma vie politique les plus heureuses et les plus gratifiantes.

Je ne savais pas que M. Coveliers entendait toutes mes réflexions. Je m'efforce a posteriori de me les remettre en mémoire.

Je le répète, votre gentillesse me met du baume au cœur. (*Applaudissements.*)

M. le président. — Mesdames, messieurs, notre ordre du jour est ainsi épuisé.

Onze agenda voor vandaag is afgewerkt.

Le Sénat se réunira jeudi 11 décembre 1997 à 10 heures.

De Senaat vergadert opnieuw 11 december 1997 om 10 uur.

La séance est levée.

De vergadering is gesloten.

(*La séance est levée à 18 h 05.*)

(*De vergadering wordt gesloten om 18.05 uur.*)